

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**AS COMPETÊNCIAS E O PERCURSO:  
A SEXUALIDADE NO EIXO PROMOTOR DA INTIMIDADE DO  
CASAL, NO PROCESSO DE MATERNIDADE.**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Sob a Orientação:  
Prof.<sup>ª</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Débora Fernanda Ramos Coelho Nunes

Porto | 2014



## AGRADECIMENTOS

O presente relatório reflete as atividades desenvolvidas sob um percurso de trabalho individual, mas que pela sua especificidade de operacionalização, em contexto prático, e pela essência académica que o mesmo engloba, muitos comungaram da partilha de esforços e saberes, para que a sua conclusão fosse possível.

Gostaria, assim, de agradecer, de uma forma geral, a todos aqueles que de uma forma ou outra deram o seu contributo e, em particular, aqueles que de uma forma mais interventiva tornaram possível a sua concretização:

À minha orientadora, professora Maria Vitória Barros Castro Parreira, pela receptividade ao abraçar este projeto comigo, disponibilidade e colaboração prestados ao longo de todo este trabalho.

Às enfermeiras tutoras de estágio, enfermeiras Aurora Bastos e Andreia Machado, impulsionadoras não só do meu desenvolvimento profissional no processo de aquisição de competências específicas na área da saúde materna, como também pelo acolhimento e amizade demonstrada.

Aos meus pais, por todo o seu apoio, compreensão e carinho. Sem eles não teria sido possível chegar ao fim deste percurso.

Um agradecimento especial à minha amiga Sandra Pacheco pela amizade, paciência, motivação e apoio que sempre me transmitiu ao longo deste percurso.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADA - American Diabetes Association

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BG – Boletim de Grávida

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CM- Centímetro

CTG – Cardiotocografia

DPP – Data provável do parto

DUM – Data da última menstruação

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EGB – Estreptococos do grupo B

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência cardíaca fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

HTA – Hipertensão

IMC – Internacional Council of Midwives

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE – National Institute of Health and clinical Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PO - Oral

PPT – Parto Pré-termo

PTGO - Prova de tolerância à glicose oral

RCIU – Restrição de crescimento intrauterino

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SAPE - Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

TP – Trabalho de parto



## RESUMO

O presente relatório de estágio profissionalizante visa descrever as atividades desenvolvidas, ao longo do estágio de gravidez, trabalho de parto e pós-parto, de forma a demonstrar as competências adquiridas, preconizadas pelo Regulamento do 2º Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, conducente ao grau de mestre. A atividade diagnóstica e os cuidados especializados à mulher grávida com complicações, em trabalho de parto, parto e pós parto, fazem parte integrante deste relatório. É feita referência à atividade diagnóstica e às estratégias delineadas para operacionalizar as intervenções e fundamentá-las com base em evidências científicas mais recentes. Também a referência a outras situações que constituíram focos de atenção e requereram intervenções, tal como o fenómeno da sexualidade. As intervenções como instruir, apoiar, ensinar e orientar assumiram, neste contexto, uma relevância significativa. Ajudar a ultrapassar as dificuldades para promover a harmonia da vida conjugal do casal, ao longo do processo de maternidade, constituiu uma das nossas preocupações. Pois a ausência de harmonia entre o casal, para além de afetar o seu bem-estar e a qualidade de vida da mulher, acresce à responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, planear estratégias para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade como fator integrante da intimidade e promotor da harmonia conjugal. Como o revelou a literatura, apoiar o casal neste período é, por si, muito significativo. Concluimos que apesar das dificuldades em lidar com os constrangimentos que a sexualidade impõe, constitui um problema que nem sempre é referido pelas mulheres, por tabu ou vergonha. Mas também não é consciencializado por todos os enfermeiros, como uma situação problemática em cuja resolução ou minimização podem dar o seu contributo. A revisão integrativa da literatura desenvolvida, procurou identificar que tipo de intervenções de enfermagem o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia pode desenvolver, como habilidade previdente, para minimizar riscos e promover o bem-estar do casal, no seu processo de transição e ajustamento ao exercício do papel parental.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; Gravidez; Parto; Puerpério; Revisão Integrativa da Literatura; Sexualidade; Casal.



## **ABSTRACT**

This report of work experience aims to describe the attitudes developed during pregnancy, labor and postpartum, in order to demonstrate the acquired skills, recommended by the Regulation of the 2nd cycle of studies at the School of Nursing of Porto, leading to the degree of Master. The diagnostic activity and the specialized care to pregnant women with complications during labor, childbirth and postpartum woman care are an integral part of this report. Reference is made to the diagnostic activity and outlined strategies to operationalize interventions and ground them based on the latest scientific evidence. It is also made reference to other situations which were focus of attention and required interventions, such as the phenomenon of sexuality. Interventions to instruct, support, teach and guide took, in this context, a significant relevance. To help overcome the difficulties in order to promote harmony within the conjugal life of the couple along the maternity process was one of our concerns. For the lack of harmony between the couple, as well as affecting the well-being and the quality of women's life, it is added to the responsibility of the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health, the planning of strategies to help the couple take their sexuality as an integrating factor of intimacy and a promoter of marital harmony. As the literature revealed, supporting the couple in this period is, in itself, very significant. We conclude that despite the difficulties in dealing with the constraints that sexuality imposes, an issue that is not always mentioned by women, due to taboo or shame. But it is also not made aware by all nurses, as a problematic situation in which they can give contribution for its resolution or minimization. The developed integrative review of the literature, sought to identify what type of nursing interventions the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health can develop, as a prescient ability, to minimize risks and to promote the welfare of the couple, in their transition and adjustment to the exercise of the parental role.

**Keywords:** Skills; Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health; Pregnancy; Childbirth; Puerperium; Integrative Literature Review; Sexuality; Couple.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1.O PERCURSO PARA UM PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO .....	17
2. ATIVIDADES DE ESTÁGIO: A REALIDADE NA DESCRIÇÃO.....	21
2.1 Como adquiriu as competências do EEESMO? .....	22
2.2 Gravidez.....	23
2.3 Trabalho de Parto.....	35
2.4 Pós-parto .....	50
2.5 Outras atividades relevantes .....	61
3. A SEXUALIDADE E A INTIMIDADE DO CASAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	63
3.1. Introdução à problemática .....	64
3.2. Método .....	66
3.3. Resultados .....	67
3.4. Discussão .....	74
3.5. Conclusão da revisão integrativa .....	77
4. ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA SOBRE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	79
CONCLUSÃO.....	85
BIBLIOGRAFIA .....	89
ANEXOS .....	95
Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados.....	96

## **INDÍCE DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Recursos humanos do serviço de obstetrícia do CHVNG/E .....	17
FIGURA 2 - Colocação da cadeira de transporte no veículo automóvel .....	61
FIGURA 3 – Conclusões emergentes da análise dos artigos.....	74
FIGURA 4 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância .....	80
FIGURA 5 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância .....	81
FIGURA 6 - Número de partos realizados e participados .....	81

## **INDÍCE DE TABELAS**

TABELA 1 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa .....	69
------------------------------------------------------------------------------	----

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio, no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, decorre da nossa opção em ter enveredado pela realização de um estágio profissional, integrado no Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia.

Os objetivos que delineamos para a elaboração deste relatório constituem a sistematização de um projeto individual de estágio e passam pelas ações desenvolvidas, na obtenção e evolução de competências específicas.

Pretendemos reproduzir a trajetória da aquisição e desenvolvimento de competências ao longo deste período, e, também, operacionalizar os objetivos de estágio de forma a dar conta das atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas durante o processo formativo. Também, colocar em evidência as competências adquiridas numa perspetiva crítico-reflexiva, para demonstrar os conhecimentos, aptidões e capacidades inerentes ao processo de cuidar, adquiridos ao longo do curso.

Numa perspetiva retrospectiva, Inerente ao nosso percurso formativo, problematizamos o processo de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, a autonomia e capacidade de gestão dos projetos individuais de saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis, bem como a atividade diagnóstica e as intervenções que serviram de suporte à promoção da adaptação positiva dos pais para o exercício do papel parental.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Assume, também, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010). Assim, face aos objetivos delineados para o estágio tivemos em conta que adquirir competências que permitam intervir no domínio

dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP, Parto e de Puerpério, que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental, implicava reconhecer que o investimento necessário não só implicava, recontextualizar os saberes adquiridos, como também fazer uma busca sistemática à procura de evidências para sustentar e desenvolver atividades, num registo de competência e saberes atualizados que deslocassem a nossa ação para uma prática sustentada, para além de um quotidiano rotineiro.

Também, a opção pela concretização de uma revisão integrativa sobre as implicações da sexualidade na vida conjugal do casal, no processo de maternidade, foi determinante. Esta permitiu não só operacionalizar o objetivo que visa problematizar as práticas baseadas na evidência, como também potenciar intervenções promotoras da saúde da mulher, ao permitir extrair conclusões baseadas na evidência científica, passíveis de serem integradas nas práticas, na forma de agir dos profissionais de saúde e na sua tomada de decisão, face à necessidade de intervir na promoção da saúde do casal.

Assim, sabendo nós que apesar da sua enorme importância, a sexualidade humana tem sido de uma forma geral, uma área negligenciada pelas ciências sociais e, em particular, pela enfermagem, refletimos sobre os tabus reinantes nas tradições e culturas. Constatamos que a biologia, embora seja condição absolutamente necessária para a cultura, é também absolutamente insuficiente e incapaz de especificar as propriedades culturais do comportamento humano ou as suas variações de um grupo para outro (Marshall, 1978). Estamos de acordo com a perspetiva de (Douglas, 1973, p. 93) ao afirmar que a culturalidade da sexualidade humana *“nada é mais essencialmente transmitido pelo processo social do que a aprendizagem do comportamento sexual”*.

A realidade sexual é variável em diversos sentidos. Muda no interior dos próprios indivíduos, nos géneros e nas sociedades. Do mesmo modo, como difere de género para género, de classe para classe e de sociedade para sociedade. Não existe uma categoria abstrata e universal de erotismo ou de sexualidade aplicável para todas as sociedades. O perigo de se imaginar a existência de um biologismo é que este pode legitimar perigosas atitudes normativas para a sexualidade, rotulando certas condutas de naturais e outras como desviantes ou antinaturais (Foucault, 1982).

Interessou-nos, então, descobrir o significado das respostas e a regulação de como homens e mulheres, enquanto casais, organizam as suas relações interpessoais e a sua conduta sexual, em prol do bem-estar e preparação para a parentalidade, tendo em conta para as interfaces do biológico, psicológico e social na configuração da cultura sexual dos casais, enquanto seres individuais ou grupos que fazem parte de uma sociedade, mas sobretudo como o EEESMO, pode ajudar, numa área que tem tanto de particular no seu significado,

como também de coletivo, no que concerne a uma ajuda coletiva. Para tal elaboramos uma questão de partida: **que práticas emancipatórias o EEESMO desenvolve para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade, no processo de maternidade, como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal?**

Embora a biologia seja condição absolutamente necessária para a cultura, é também absolutamente insuficiente e incapaz de especificar as propriedades culturais do comportamento humano ou as suas variações de um grupo para outro (Marshall, 1978).

No sentido de descrever, de uma forma reflexiva, as atividades desenvolvidas que suportam este relatório de estágio e evidenciar o percurso realizado para dar cumprimento ao estipulado no artigo 2.º, alínea c) do Regulamento do 2º Ciclo de Estudos, este encontra-se estruturado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, é feita a descrição do percurso para o projeto individual de estágio e os objetivos inicialmente definidos. A descrição das atividades desenvolvidas no estágio para aquisição e desenvolvimento de competências tem lugar no capítulo dois. O capítulo três descreve a revisão integrativa da literatura sobre a sexualidade do casal ao longo da gravidez e puerpério. O capítulo quatro diz respeito a análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas em estágio, cumprindo os requisitos da Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro.

A metodologia usada como suporte ao desenvolvimento do estágio e a descrição deste relatório recorre à prática baseada em evidências, sustentando-se numa extensa pesquisa bibliográfica nas bases de dados como a Medclatina, a Academic Search Complete, a Cochrane Database of Systematic Reviews, COCHRAN, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), a Medline with full text e a Cinhall Plus with full text, entre outras, através da plataforma EBSCOhost.





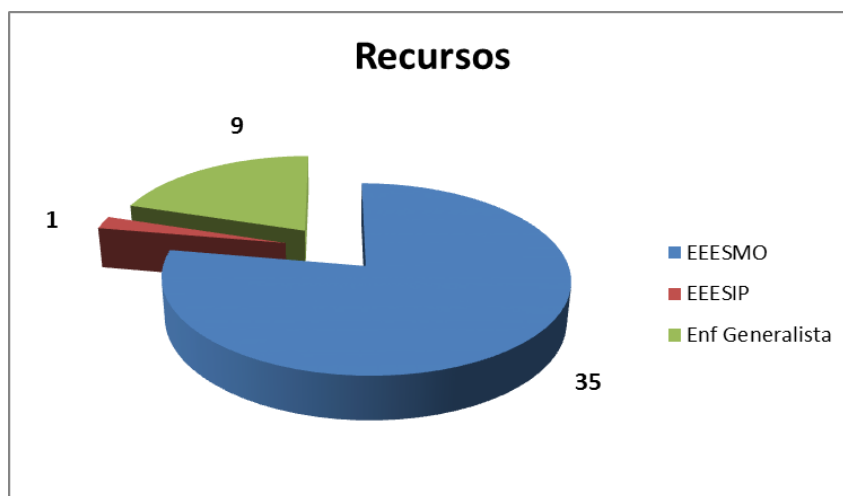
## 1.O PERCURSO PARA UM PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Este relatório resulta de um projeto individual de estágio, que pretende dar resposta ao Regulamento do Ciclo de Estudos conducentes ao grau de Mestre.

O estágio profissional decorreu no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E), de 5 de Dezembro de 2011 a 26 de Julho de 2012. Do departamento de obstetrícia, faz parte integrante o serviço de grávidas de risco, a sala de partos e o internamento de obstetrícia ou puerpério. Apesar de serem espaços diferenciados e com orgânicas funcionais distintas, a integração foi fácil o que constituiu um fator positivo para a nossa aprendizagem ao longo do estágio; a enfermeira orientadora foi a mesma nas três áreas de atuação, sendo que a equipa multidisciplinar também era comum às três unidades de cuidados, já enumeradas.

Neste serviço os cuidados de enfermagem são assegurados por uma equipa de enfermeiros durante 24h. A sua distribuição, por categoria, pode ser visualizada na figura seguinte.

**FIGURA 1 - Recursos humanos do serviço de obstetrícia do CHVNG/E**



É de salientar que os cuidados de enfermagem na sala de partos e no internamento de grávidas de risco são assegurados apenas por enfermeiras especialistas e no puerpério, a

equipa é constituída por enfermeiras especialistas e também por enfermeiras de cuidados gerais.

O nosso procedimento, neste contexto de cuidados, para além de seguir a dinâmica adotada pelas enfermeiras especialistas, em qualquer uma das três áreas de atuação, desenvolvemos a nossa atividade diagnóstica e delineamos intervenções de acordo com as situações que requeriam cuidados especializados. Fazer uma avaliação inicial, identificar o nosso foco de atenção, seguido de uma observação sistematizada, fazer o diagnóstico e delinear as intervenções adequadas, construir e basear a nossa ação no processo de enfermagem, tendo sempre em conta que a mulher grávida é um ser singular, com crenças e valores, que era alvo de cuidados especializados.

Foi através das orientações determinadas pela unidade curricular, estágio: Gravidez, trabalho de parto e pós-parto que este projeto individual de estágio foi planeado.

Seguimos os domínios de aquisição de competências específicas do EEESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b) passíveis de serem desenvolvidos no decorrer deste estágio, de acordo com os seguintes objetivos: a) Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e pós parto; b) Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora e gravidez, em processo de maternidade e exercício da parentalidade; c) Incorporar o conhecimento teórico de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática do EEESMO, a partir das evidências científicas mais recentes.

Tendo em conta que este estágio profissionalizante é uma unidade curricular única, mas organizada em áreas modulares, face aos objetivos delineados, foi necessário, em cada uma das áreas, discutir os respetivos objetivos com as enfermeiras orientadoras.

A primeira semana de estágio foi de integração à estrutura orgânico-funcional do serviço de Obstetrícia, de integração às dinâmicas do mesmo e de perceção do envolvimento dos EEESMO em cada uma das áreas de intervenção. Foi de igual forma importante identificar os sistemas de informação e registos, saber quais os protocolos em utilização e inteirar-nos dos projetos em desenvolvimento em cada unidade de cuidados.

A integração na equipa de enfermagem e o envolvimento na sua dinâmica de cuidados de enfermagem surgiram nas semanas posteriores, de forma gradual e progressiva. Foi gratificante implementar intervenções específicas a cada grávida, parturiente e ou puérpera, e familiar significativo, em cada área do estágio.

Para percorrer este caminho delineamos objetivos específicos de acordo com cada área do estágio profissionalizante. E, assim, a nossa prática suportada pelo recurso à evidência

científica, foi o início da construção do presente relatório. Também, na área clínica, para proceder à realização de atividades resultantes de prescrição, tivemos em conta os protocolos definidos pelo serviço de Obstetrícia do CHVNG/E. Todavia, todos os procedimentos e intervenções autónomas foram suportadas pelo recurso à pesquisa de artigos científicos e à literatura mais recente.

Ao longo do estágio, entre a diversidade de atividades e intervenções específicas, inerentes aos cuidados especializados que pudemos analisar e executar, surgiram algumas incertezas relacionadas com a sexualidade vivenciada pelo casal, durante o processo de maternidade/parentalidade.

Constatamos que este assunto ainda é muito pouco abordado uma vez que, tanto a mulher como o homem sentem dificuldade em falar sobre a sua sexualidade, sobretudo, durante o processo de parentalidade, pelo que nos pareceu pertinente eleger esta problemática para desenvolver como complemento ao projeto de estágio, não só pela necessidade de clarificar este problema, mas também pelos desafios que se colocam ao EEESMO para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade, como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal.

A carga horária de estágio (horário rotativo distribuído por manhãs, tardes e noites) e de acompanhamento pelos docentes da ESEP foi cumprida, de acordo com o plano de estudos e o horário estabelecido para cada mês. As aulas de orientação tutorial foram utilizadas para análise crítica e construtiva, pelo docente orientador de estágio, da construção do projeto individual.

No próximo capítulo será feita a descrição das atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, constituintes deste projeto individual, que visaram a aquisição de competências específicas do EEESMO.



## **2. ATIVIDADES DE ESTÁGIO: A REALIDADE NA DESCRIÇÃO**

Partindo do pressuposto que um relatório é um documento escrito que descreve todas as atividades ou fenómenos ocorridos num determinado local/tempo, com este, pretendeu-se não só descrever o processo de aquisição de competências, como também, amadurecer a autocrítica, numa perspetiva reflexiva.

Contudo, não é tarefa fácil captar a realidade e transpô-la para um texto, de forma legítima e fidedigna. Difícil será descrever experiências e sentimentos vividos ao longo de trinta e duas semanas de estágio profissionalizante, mas é também muito interessante, para quem não esteve presente através da leitura deste relatório, conhecer os cuidados prestados, todas as experiências vividas, bem como todas as ações e os projetos desenvolvidos.

Emergiu então o espaço e o tempo certos para o aprimorar de conhecimentos, habilidades e competências inerentes à intervenção especializada por parte do EEESMO, à grávida, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, ao pai e à família.

Pela descrição das atividades realizadas, os métodos de trabalho, as estratégias utilizadas, as práticas vivenciadas e os cuidados especializados concretizados, ao longo deste estágio, pretendemos evidenciar que este percurso foi sustentado por um corpo de saberes teóricos baseados nas mais recentes evidências científicas, o que viabilizou a fundamentação das práticas e a tomada de decisão. Deste modo foi possível solidificar as capacidades e competências específicas adquiridas para a prestação dos cuidados especializados.

Em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2010b), assumimos a responsabilidade de desenvolver e adquirir competências em várias áreas de intervenção: no processo de gravidez – prestação de cuidados à mulher a experienciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto – e parto, realizando-o em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido; no período pós-natal a prestação de cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o puerpério, no sentido

de promover a saúde da puérpera e do recém-nascido, e promover o processo de transição e adaptação à parentalidade.

De acordo com os objetivos propostos para o estágio de natureza profissionalizante, as competências desenvolvidas foram suportadas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, tendo em conta, os domínios, as unidades de competência, e os critérios de avaliação descritos.

## **2.1 Como adquiriu as competências do EEESMO?**

No percurso da aquisição de competências, tivemos em conta a perspetiva preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, (2010) de que o EEESMO é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Assim, uma das nossas preocupações consistiu em clarificar o significado de competência, e adotamos a perspetiva de que consiste no saber agir responsável e reconhecer que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimento, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo (Cunha et al., 2005).

Tomamos como eixo estruturante para a nossa forma de agir, ao longo do processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, contextualizar e mobilizar todo um conjunto de saberes, tendo por base uma prática fundamentada em evidências e no pensamento crítico-reflexivo para a tomada de decisão.

De uma forma sequencial, passamos a descrever o nosso percurso de estágio, desde a admissão da grávida para o internamento de grávidas de risco, e ou para a sala de partos e o internamento no Serviço de Obstetrícia, numa lógica de evolução do processo de maternidade e no contexto hospitalar.

## 2.2 Gravidez

O período de estágio de gravidez com complicações caracterizou-se pelo desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências técnico-científicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez.

A realização do módulo gravidez com complicações teve o seu início a 1 de Julho de 2011 e terminou no dia 26 de Julho de 2012. Neste percurso, foi possível identificar focos de atenção, desenvolver a atividade diagnóstica e delinear intervenções no que concerne ao aconselhar, orientar, instruir e apoiar a grávida e familiares significativos; ajudar a mobilizar recursos internos, como estratégia para atenuar a sintomatologia acessória ao estado gravídico e promover a adaptação da grávida às mudanças fisiológicas intrínsecas ao estadio gravídico.

A utente pode dar entrada no internamento de grávidas com complicações vinda do serviço de urgência, da consulta externa ou vinda diretamente da sala de partos. Habitualmente, o seu acolhimento no serviço é feito pelo EEESMO responsável pela utente. Este acolhimento depende da situação de saúde da mesma, mas normalmente é feita a apresentação do serviço, especificamente do local (cama/quarto/enfermaria) onde vai permanecer, a apresentação da restante equipa e das normas do serviço em termos de dinâmica e visitas. A alta pode ser efetuada para o domicílio ou para o bloco de partos.

Neste estágio a nossa atuação pautou-se por desenvolver uma prática preventiva no sentido de detetar, prevenir e minimizar possíveis condições que pudessem favorecer o risco e eventuais desvios da regularidade, de forma a antever, reconhecer e cuidar das complicações materno-fetais que pudessem ocorrer. Para tal, desenvolvemos intervenções autónomas resultantes da nossa atividade diagnóstica, como o vigiar, e monitorizar o estadio gravídico com desvio da regularidade e também intervenções resultantes de prescrições, nomeadamente, administrar medicamentos e realizar colheitas de espécimes para análise.

O perfil das utentes internadas eram mulheres em que cuja gravidez não ocorria com a normalidade desejada e necessitam de cuidados especializados. A avaliação inicial da grávida fazia parte das nossas atividades. Tal como a monitorização de sinais vitais, a vigilância e a auscultação dos ruídos cardíacos fetais e a monitorização cardiotocográfica, no sentido de avaliar o bem-estar fetal. Todos os dias de manhã estávamos atentas e ou colaborávamos na visita médica. Apesar de fazermos a leitura do traçado cardiotocográfico,

a avaliação era feita em colaboração com outros profissionais, nomeadamente o médico, sempre que se registasse alguma alteração potencializadora de risco. Assim, para além, do vigiar, supervisionar, instruir e orientar a grávida, e família, outras das intervenções específicas que desenvolvíamos era explicar procedimentos, instruir e orientar a grávida para a realização de exames complementares de diagnóstico, de forma a garantir um ambiente seguro, dissipar e ou minimizar sentimentos negativos, no sentido de promover a autoconfiança, a promoção da saúde da grávida e contribuir para minimizar os riscos e prevenir complicações materno fetais. Como já foi referido, das intervenções resultantes de prescrição fazia parte o administrar medicação, realizar colheita de produtos para análise, entre outras, de acordo com os protocolos existentes no serviço, tendo como premissa que o papel fundamental do EEESMO passa por desenvolver uma pratica antecipatória pela antevisão do risco e da incerteza por que passam estas mulheres portadoras de uma gravidez de risco e, obviamente, pelo que pode acontecer, face a uma gravidez não fisiológica e dominar todas as alterações à normalidade. Aconselhar a grávida a adotar comportamentos de vida saudáveis para a prevenção de complicações foi uma constante neste estágio, ao longo deste período.

Foi já referida, de uma forma geral, a nossa atuação. Importa, agora, enfatizar algo que é inerente à especificidade deste “módulo” de estágio.

Sabemos que o EEESMO ocupa um papel essencial no que diz respeito à preparação e adaptação progressiva ao novo papel da mulher que é o ser e tornar-se mãe. É uma excelente oportunidade para estabelecer uma relação de proximidade entre o EEESMO e a grávida/família, na medida em que a grávida dispõe de alguém em quem pode confiar os seus medos, as suas inseguranças, os seus receios e pode ,também, com alguma segurança recorrer alguém que esta muito próxima de si e a pode alertar e ensinar a estar atenta ao seu corpo e conhecer os sinais por ele emitidos, que podem ser determinantes para prevenir e diminuir o risco no seu processo de gravidez.

Neste módulo de estágio tivemos a oportunidade de acompanhar 56 grávidas com complicações, planejar e executar os cuidados de enfermagem especializados a estas mesmas grávidas, tendo em atenção as dimensões clínica, biológica, psicológica e sociocultural. É importante salientar que neste módulo não houve oportunidade para fazer o diagnóstico de uma gravidez, dado que as mulheres que eram internadas já eram internadas por diagnóstico de gravidez associado a alguma alteração ou por doença associada á gravidez ou gravidez alterada com complicação por doença.

Neste serviço de internamento de grávidas com complicações, onde realizamos o estágio, a causa de hospitalização está mais frequentemente relacionada com doenças hipertensivas maternas - hipertensão crónica, pré-eclampsia; diabetes mellitus - pré-gestacional ou



gestacional; hemorragia do segundo e terceiro trimestres; restrição de crescimento fetal; ameaça de parto pré-termo (APPT); alterações do líquido amniótico - oligoâmnios e hidrâmnios; pielonefrite e cólica renal; hiperémese gravídica; suspeita de colestase gravídica; indução de TP e abortamentos.

Dados os estadios de gravidez e os motivos de internamento não nos permitiu termos tido a experiencia de fazer o diagnóstico de gravidez. Todavia, não constituiu qualquer problema, pois tivemos essa oportunidade no estágio de Vigilância da Gravidez e preparação para a parentalidade, no 1º ano, e ainda temos presentes os instrumentos essenciais para agir na sua deteção. Um facto de relevância a ter em conta ao longo da gravidez é a data da última menstruação (DUM), dado necessário para o cálculo do número de semanas de gravidez e determinação da idade gestacional. A DUM continua a ser utilizada para o cálculo da idade gestacional, mas carece de acuidade, já que em 10-45% das grávidas a DUM não é conhecida e apenas 30% das mulheres sabe com certeza essa data e muitas apresentam irregularidades menstruais ou abandonaram o anticoncepcional oral recentemente (Graça, 2010).

Atualmente recorre-se ao uso da ecografia abdominal e transvaginal cada vez com mais frequência. É através deste método que o diagnóstico e a monitorização da gravidez se tornou cada vez mais preciso, não esquecendo que o objetivo principal da realização da ecografia, no primeiro trimestre, é a avaliação da idade gestacional e o cálculo da data provável do parto (DPP). A gravidez é datada do primeiro dia do último período menstrual. A duração média da gestação é de 280 dias ou 40 semanas e isto fornece a DPP (Rezende, 2008). A data correta da gravidez tem grande impacto na qualidade dos cuidados obstétricos, estando demonstrada uma redução significativa das induções do trabalho de parto por gestação pós-termo (Nice, 2008).

Existem estudos que comparam a acuidade da DUM com a ecografia, na primeira metade da gravidez, e permitem concluir que no cálculo da DPP se verificou que a biometria ecográfica era mais eficazmente preditiva da data de termo da gestação, mesmo quando a discrepância entre os dois valores era inferior a sete dias.

A regra de Nagele permite a determinação da DPP com um razoável grau de exatidão. Esta consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair três meses e adicionar um ano (ou somar sete dias à DUM e acrescentar nove meses) (Evans, 2010). Pela regra de Nagele apenas 4 a 10% das gestantes tem o seu parto na DPP. A maioria tem o seu parto no período compreendido entre sete dias antes ou após a DPP (Lowdermilk et al., 2002). O rigor destes cálculos é de tal forma relevante que pode fazer toda a diferença nos procedimentos de atuação dos profissionais de saúde relacionados com o diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo e na sua relação com os resultados materno-fetais.

Uma gravidez de alto risco é aquela em que a vida ou o bem-estar da mãe ou da criança são colocadas em risco por uma situação patológica física ou psicossocial coincidente com ou específica da gravidez (Bobak, Lowdermilk e Jensen, 2002). Os fatores que podem levar a uma gravidez ou a um feto ficarem em risco incluem os aspectos anatómicos, fisiológicos, terapêuticos, ambientais e idiopáticos. A identificação destes fatores é de extrema importância de modo a minimizar a mortalidade e morbidade materna e neonatal.

Assim, o EEESMO tem um papel fundamental quer na educação para a saúde, elucidando a grávida/família acerca da importância da vigilância periódica da gravidez, quer no caso de a grávida necessitar de cuidados hospitalares, onde presta cuidados especializados de enfermagem individualizados, mostrando-se disponível para escutar as suas dúvidas e medos, assim como apoiar grávida/família, tendo em conta a sua singularidade que decorre das suas crenças e dos seus valores.

A preocupação em proporcionar cuidados de enfermagem contínuos de qualidade foi uma constante. Pois reconhecemos que uma grávida com complicações necessita não só de cuidados especializados, mas também no domínio do apoio, as suas intervenções assumem grande relevância pela especificidade dos problemas de uma mulher que está internada, num serviço de grávidas com complicações.

Nesta perspetiva, a nossa atuação pautou-se por fazermos uma constante vigilância das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais das utentes para promover a autoconfiança e capacitar a grávida para mobilizar os recursos internos para fazer face aos constrangimentos que alguma destas alterações possa provocar no seu bem-estar materno fetal, para além da fragilidade em que estas grávidas se encontravam, sobretudo pelo medo e risco de perder o seu filho. Pois, a gravidez de risco define-se como aquela a que se associa uma maior incidência de desfechos adversos (para a mãe e/ou feto) do que a população geral. Existem inúmeros fatores que levam à classificação de gravidez de risco: fatores demográficos e socioeconómicos, fatores comportamentais, antecedentes relacionados com complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez atual e patologia própria da gravidez atual (Campos, 2005).

Ao longo deste módulo de estágio pudemos prestar cuidados especializados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas. É de salientar que o internamento de mulheres com a patologia de ameaça de parto pré-termo era o mais frequente. Para além das patologias, no serviço eram também internadas gestantes, na véspera ou até no próprio dia, para fazer cesariana e/ou para indução de trabalho de parto.

No sentido de clarificar o percurso, optamos por descrever algumas situações de patologia mais comuns, pois interessa demonstrar o conhecimento recontextualizado, na prática, na expressão do nosso agir, baseado nas evidências científicas de enfermagem. Apesar de

reconhecemos que para prestar cuidados de qualidade as ciências de enfermagem assumem maior relevância, neste contexto, dado que a aquisição de competências visa também ter conhecimentos de obstetrícia, estamos de acordo com Madeleine Lajoinie, (1994), que as ciências biomédicas são o pilar das ciências de enfermagem.

Assim, optamos por fazer referência à ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Diabetes Gestacional e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU).

O parto pré-termo é definido como aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação, podendo classificar-se em PPT espontâneo (por trabalho de PPT ou rotura prematura de membranas pré-termo) e PPT iatrogénico (para benefício materno ou fetal) (Iams, 2003).

O diagnóstico de APPT é feito através dos seguintes sinais: grávidas com menos de 37 semanas de gestação que apresentam contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento e dilatação do colo uterino (Graça, 2010). O trabalho de parto pré-termo (PPT) implica uma sintomatologia idêntica mas com dilatação e extinção cervical. O diagnóstico clínico de APPT/PPT é difícil de estabelecer, o que, por vezes, leva a realização de atividades resultantes de prescrições, como a tocolise, corticoterapia.

O parto antes do termo é a principal causa de mortalidade perinatal no mundo ocidental e nas últimas décadas a prevenção, o diagnóstico e o tratamento destas situações têm constituído uma preocupação constante dos profissionais de saúde (Graça, 2010).

O uso de agentes tocolíticos reduz a proporção de nascimentos até 7 dias após o início do tratamento, não se tendo demonstrado claros benefícios na redução da mortalidade perinatal (síndrome de distress respiratório ou hemorragia intraventricular). Poderão beneficiar desta terapêutica, grávidas em trabalho de parto pré-termo, com idades gestacionais entre as 24 e as 34 semanas e 6 dias (entendido como a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas com repercussão cervical), grávidas com necessidade de transferência para outra unidade hospitalar e as que não completaram o ciclo de corticóides para maturação pulmonar fetal (Campos, 2005).

Esta terapêutica, de acordo com o mesmo autor, está contraindicada na presença de corioamnionite, casos de patologia materna grave (eclampsia, pré-eclampsia grave, instabilidade hemodinâmica) ou patologia fetal (anomalias fetais graves, morte fetal, estado fetal não tranquilizador).

O protocolo utilizado no CHVNG/E em que nós participamos, passou pela administração de medicação tocolítica profilática, para diminuir as contrações. Seguimos e respeitamos o protocolo do serviço ao administrar por via endovenosa o acetato de atosibano (inibidor dos receptores da ocitocina) em três fases sucessivas.

O Atosiban está indicado para atrasar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas com contrações uterinas regulares com, pelo menos, 30 segundos de duração com frequência de  $\geq 4$  cada 30 minutos; uma dilatação cervical de 1 a 3 cm (0 a 3 para nulíparas) e um apagamento de  $\geq 50\%$ ; uma idade gestacional de 24 a 33 semanas completas; uma frequência cardíaca fetal normal. As contraindicações são em situações, tais como: tempo de gestação inferior a 24 semanas ou superior a 33 semanas completas; rotura prematura das membranas com gestação  $> 30$  semanas; frequência cardíaca fetal anormal; hemorragia uterina antes do parto exigindo o nascimento imediato; eclâmpsia e pré-eclâmpsia graves exigindo o nascimento; morte fetal intrauterina; suspeita de infecção intrauterina; placenta prévia; deslocamento da placenta; quaisquer outras condições da mãe ou do feto, em que a continuação da gravidez implique riscos significativos.

Sempre que se verificou algum caso destes o tocolítico escolhido foi a nifedipina que, quando utilizada isoladamente, apresenta um bom perfil de segurança materno fetal (ACOG, 2003). Todavia também este está contraindicado em casos de insuficiência cardíaca congestiva, estenose aórtica e uso concomitante de sulfato de magnésio; e pelo aceleração da maturação pulmonar através da administração de betametasona 6 mg de 12/12 horas, durante 48 horas. Para além destas medidas terapêuticas prescritas, a grávida deveria manter repouso absoluto no leito.

Em todos os turnos procedemos à monitorização cardiotocográfica para avaliar o bem-estar fetal e vigiar a contractilidade uterina, avaliando, assim, o efeito pretendido da medicação tocolítica. Mas a intervenção da enfermeira especialista não se resume a estas intervenções interdependentes. Informar a grávida, escutá-la, apoiá-la e tranquilizá-la fizeram parte das competências que desenvolvemos. Além das competências técnicas e científicas, para sermos competentes, são necessárias as competências humanas, culturais e sociais. Assim, tivemos por base esta referência para colmatar lacunas face a algum fator que pudesse não respeitar o princípio de que a área da vigilância da gravidez tem como objetivos promover o bem-estar materno fetal e promover uma gravidez saudável para prevenir complicações associadas à gravidez. Para tal, cumprimos a indicação preconizada por Lowdermilk et al., (2002) que é da responsabilidade do EEESMO, na vigilância da gravidez, alertar a grávida para sinais e sintomas que indiquem uma potencial de complicações da gravidez.

Também a OE preconiza que o EEESMO que presta cuidados à mulher com gravidez de risco, a informe e oriente sobre as medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez e ao mesmo tempo deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que visam a adaptação à gravidez e a deteção de desvios ao padrão normal da gravidez. A grávida/família ficavam muito mais tranquilos quando lhes era explicado quais os sinais e

sintomas que podiam surgir e também muito mais seguros por saberem a quem comunicar esses sinais de alerta.

Muitas vezes têm dificuldade em decidir quando comunicar os sinais e sintomas (Lowdermilk et al., 2002). Logo, existiu a preocupação em incentivar a consulta ao BG e ler a lista de sinais e sintomas de possíveis complicações existente no verso e, acima de tudo estar atenta ao seu próprio corpo. A grávida foi instruída para identificar esses sinais e sintomas, pois eles são, muitas vezes, negligenciados ou identificados como perturbações gastrointestinais. *“O repouso no leito, a abstenção sexual, hidratação e sedação não têm nenhum valor terapêutico e não são recomendados.”* Rezende (2008). As relações sexuais aumentam o risco de desencadeamento de contrações, dado que o esperma contém prostaglandinas e que o útero se contrai durante e após o orgasmo. Goldenberg (2002) citado por Graça (2010) diz que a limitação da atividade física, associada ao repouso em decúbito lateral, durante algumas horas por dia, é uma atitude clássica para grávidas com fatores de risco de PPT, embora a sua eficácia nunca tenha sido verdadeiramente demonstrada. Ao aconselharmos a grávida a fazer repouso em decúbito lateral, explicamos que diminui a frequência e a intensidade das contrações, melhora o fluxo uteroplacentário e alivia a pressão da apresentação sobre o colo. Contudo, não está demonstrado que o repouso no leito deva ser uma atitude terapêutica padrão, na prevenção ou tratamento do PPT.

O repouso terapêutico acarreta algumas consequências nefastas. Se o internamento é prolongado, para além da inatividade profissional e social da mulher o repouso no leito por muito tempo, como o revela a literatura, provoca sensação de impotência, de frustração, de angústia e tristeza pelo afastamento dos entes mais queridos. Foi importante fomentar a interatividade entre as próprias grávidas, companheiras de enfermagem, dando oportunidade a que comunicassem mutuamente e partilhassem sentimentos, medos, dúvidas, receios.

Durante este período foi fundamental fazer preparação para o parto e para a parentalidade no sentido de permitir que a grávida e o companheiro desenvolvessem competências que lhes permitissem vivenciar a gravidez, como um processo que sendo fisiológico pode sofrer algumas alterações temporárias, mas que o sucesso também passa pelo seu envolvimento no processo, no suporte da confiança e na esperança que o dia do parto irá chegar.

Podemos afirmar que sentimos que valeu a pena o empenho com que estivemos neste estágio, pois conseguimos comunicar de forma clara e concisa com a grávida/família e que pelo feedback que os mesmos nos davam, levam-nos a pensar que essa postura nos permitiu prestar cuidados de excelência à grávida/família, ao fomentar uma relação cordial com a grávida e seus significativos.

No decorrer deste módulo de estágio tivemos, também, a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diabetes gestacional, pois como já foi referido faz parte das patologias/complicações mais frequentes no serviço de grávidas com complicações do CHVNG/E. Consideramos, também, oportuno fazer referência à nossa atuação em relação a esta problemática, começando por clarificar a sua definição já que foi nosso apanágio antes de agir de uma forma fundamentada.

A diabetes gestacional define-se como qualquer grau de intolerância à glicose que se manifesta, ou é pela primeira vez reconhecida, durante a gravidez. A definição é aplicada tanto para tratamento só com dieta, como para o tratamento com dieta e insulina e aplica-se mesmo que esta condição persista depois da gravidez ou desapareça no fim desta (ACOG, 2011). Resulta da incapacidade da mulher, durante a gravidez, segregar insulina suficiente para compensar o aumento nutricional necessário para a gestação, o aumento da adiposidade devido à gravidez e o aumento das hormonas anti-insulínicas como o lactogénio placentário humano, a prolactina, o cortisol e a progesterona. Este crescimento hormonal, progressivo, provoca um aumento da insulino - resistência, até que surge a descompensação metabólica, que dá lugar à diabetes gestacional.

Existem alguns fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento da diabetes gestacional, que são: idade superior a 30 anos, diabetes na gestação anterior, obesidade, história de diabetes em familiares próximos, macrosomia fetal, óbito fetal de causa desconhecida, malformação fetal e icterícia neonatal não relacionada com a isoimunização materna (Netto, 2004).

A gravidez complicada por diabetes mellitus continua na atualidade a ser uma situação de alto risco obstétrico. Hipoglicémia, cetoacidose, patologia infecciosa, pré-eclampsia, agravamento das complicações crónicas associadas à diabetes, hidrâmnios, risco aumentado de parto distócico e de cesariana são algumas das complicações. O feto e o recém-nascido têm um risco aumentado de malformações congénitas, anomalias do desenvolvimento (atraso no crescimento intrauterino e macrosomia), prematuridade, morte intrauterina, traumatismos do parto, síndrome de dificuldade respiratória e perturbações metabólicas neonatais (Graça, 2010).

Uma das consequências da diabetes gestacional é a macrosomia fetal; este crescimento excessivo predispõe o feto da diabética à distocia de ombros, aos traumatismos de parto e à asfixia. Outra complicação é a hipoglicemia neonatal, ou seja, glicose sanguínea abaixo de 35mg/dl durante as primeiras 12 horas de vida, como resultado de uma rápida queda das concentrações plasmáticas de glicose, após a clampagem do cordão umbilical (Barron, 1996).

A prova de rastreio (prova de O'Sullivan) não necessita de jejum prévio e é feita através da administração oral de 50 gramas de glicose diluída em 200 ml de água, determinando-se a glicemia plasmática em jejum e após 60 minutos. Considera-se este rastreio positivo quando ao fim de uma hora for superior a 140mg/dl (Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez, 2011).

Este rastreio era efetuado entre as 24-28 semanas ou no primeiro trimestre em grávidas com fatores de risco: idade superior a 35 anos, obesidade (IMC>30Kg/m<sup>2</sup>), multiparidade, 2 abortamentos espontâneos, nados mortos sem causa definida, antecedentes de macrossomia fetal, diabetes gestacional em gravidez anterior (Campos, 2008).

Quando a prova de O'Sullivan é positiva seguia-se a prova de tolerância à glicose oral (PTGO), com sobrecarga de 100 gramas de glicose diluídos em 400 ml de água e determinação da glicemia plasmática em jejum, aos 60, 120 e 180 minutos. Nesta prova de diagnóstico são necessárias pelo menos 8 horas de jejum e nos dias anteriores à prova a grávida deverá ter ingerido cerca de 150 gramas de hidratos de carbono por dia. Durante esta prova deverá permanecer sentada e abster-se de fumar. Se PTGO for negativa e rastreio positivo no início da gravidez, deverá repetir PTGO às 24-28 semanas; se PTGO for negativa e rastreio positivo às 24-28 semanas deverá repetir PTGO às 32 semanas (Campos, 2008).

A conduta clínica perante uma diabetes gestacional tem como objetivo a euglicemia, situação que propiciará um recém-nascido de termo, vivo, com peso adequado, sem distúrbios respiratórios e livre de malformações estruturais (Netto, 2004).

A nossa colaboração, para além de identificarmos os nossos focos de atenção, fazermos os respetivos diagnósticos e delinear os nossos cuidados de enfermagem em cuidados especializados, para proceder à elaboração do plano de cuidados face aos resultados esperados, para além dos registos efetuados no SAPE, colaboramos e desenvolvemos intervenções resultantes de prescrição, em alguns parâmetros que faziam parte das nossas competências nomeadamente: controlo do peso, medição da tensão arterial, vigilância da frequência cardíaca, vigilância da acuidade visual, vigilância dos reflexos periféricos e sensação.

Uma das intervenções que consistiu no orientar, instruir, vigiar e motivar, foi em relação ao diagnóstico de défice de conhecimento, presente, em relação à dieta e ao tratamento específico. Pois casos houve em que o internamente se devia a situações por descompensação por negligência e/ou défice de conhecimento em relação à patologia, mas sobretudo aos procedimentos e cuidados a ter com a alimentação e exercício físico.

Sabemos que o sucesso gestacional é a adesão da grávida ao seu tratamento, motivo pelo qual ela deve ser consciencializada dos riscos da gravidez, maternos e fetais, dos esquemas

terapêuticos possíveis e da importância do seu envolvimento na condução da doença e da gestação (Netto, 2004). De acordo com a recomendação da ADA a dieta da grávida deve ser composta de 50 a 60% de carboidratos, 40 a 50% de proteínas e menos de 10% de gorduras. É importante que a dieta seja fracionada e consumida de três em três horas, com a exceção do período noturno. O desenvolvimento e aquisição de competências, neste contexto foi reforçada dado que educar, instruir e motivar para o exercício físico que a grávida pode realizar e para uma alimentação e vida saudáveis, é fundamental na evolução e sucesso do seu tratamento.

Outro cuidado que tivemos foi referenciar para outros profissionais áreas que não fossem da nossa competência, nomeadamente, a vigilância do oftalmologista, nefrologista e cardiologista que autores como Rezende (2008) referem como necessária.

É importante mencionar que a incidência de PPT é maior nas grávidas diabéticas, ocorrendo, segundo Greene (1993) citado por Graça (2010), em 26% destas contra 10% de incidência nas grávidas não diabéticas. Um deficiente controlo metabólico aumenta a tendência para complicações infecciosas, sendo que a distensão uterina provocada pelo hidrâmnios poderá ter um papel importante no desencadeamento do PPT. Os corticoides encontram-se indicados para acelerar a maturidade pulmonar fetal, contudo provocam o aumento das necessidades de insulina, obrigando a uma maior vigilância metabólica.

O facto das patologias/complicações terem sido muitas e variadas permitiu-nos também prestar cuidados a grávidas a quem foi diagnosticada restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

O conceito de atraso ou RCIU baseia-se, essencialmente, na observação de recém-nascidos com peso inferior ao percentil 10, calculado para uma determinada idade gestacional.

RCIU implica um processo patológico subjacente que impede o feto de atingir o seu crescimento potencial, descrevendo um recém-nascido cujo menor crescimento pode ser atribuído a uma causa específica (Alberry, 2007).

Para o diagnóstico, é fulcral estimar a idade gestacional, sendo o método reconhecidamente mais preciso a ecografia. Ter em conta a idade gestacional, sexo do feto e fatores reconhecidos como influentes no peso ao nascimento e crescimento pós-natal, como etnicidade, paridade, peso materno e altura parental no início da gravidez, é fundamental para desenvolver qualquer padrão de crescimento (Saenger, 2007).

Os fatores implicados na RCIU podem ser de três tipos: fatores maternos – pré-eclampsia/eclampsia, hipertensão arterial crónica, nefropatia crónica, conetivopatias, diabetes com vasculopatia, drepanocitose, cardiopatias das classes III e IV, tabagismo, alcoolismo e desnutrição grave persistente; fatores placentários – placentação anómala, vilite crónica, enfartes da placenta, hemangiomas da placenta, corioangiose, endovasculite



hemorrágica e placenta prévia; fatores fetais – cromossomopatias, anomalias multifatoriais, infecções e gravidez gemelar Graça (2010).

Uma das grávidas a quem foi diagnosticada RCIU tinha também hábitos tabágicos marcados. O nosso foco de atenção foi o déficit de conhecimento que consistiu em desenvolver intervenções como instruir e ensinar sobre na medida em que exigiu um grande esforço para fazer acreditar à grávida nos riscos maléficos do tabaco no crescimento e desenvolvimento do feto. E como fator de risco acrescido, na gravidez anterior também tinha sido diagnosticada RCIU. O bem-estar desta grávida estava, sem dúvida, alterado. Oferecer o suporte emocional a esta mulher, adotando uma postura empática e também o reconhecimento e reforço positivo dos seus esforços para alterar os seus hábitos tabágicos, constituiu a nossa preocupação em fazer o diagnóstico correto, delinear as intervenções que pudessem ser eficazes face ao foco de atenção que identificamos.

A RCIU é o resultado de muitas condições que interferem com o crescimento normal do feto e está associada a risco significativamente aumentado de mortalidade e morbilidade perinatal. Frequentemente é difícil diferenciar o feto com crescimento restrito de um feto que atingiu o seu pleno potencial de crescimento e que cresceu de forma adequada, mas é pequeno (Evans, 2010). A RCIU complica 3% a 10% dos partos e é considerada um diagnóstico aplicável quando o peso fetal estimado está abaixo do percentil 10 para a idade gestacional.

A incidência de RCIU é significativamente maior nos gémeos (15% a 25%), principalmente nos monozigóticos. Nas gestações múltiplas o peso do feto e da placenta diminui. À medida que o número de fetos aumenta ocorre redução correspondente do peso da placenta e do feto (Graça, 2010). Foi possível durante o estágio prestarmos cuidados a uma utente com gravidez gemelar a quem foi diagnosticada RCIU. Se já é difícil tranquilizar uma futura mãe sobre o bem-estar do seu filho, mais difícil ainda foi tranquilizar uma futura mãe de gémeos sobre o bem-estar fetal. A ansiedade era maior, a preocupação era grande, os medos e os receios duplicavam. Ajudar, motivar e tranquilizar a grávida/família, foi a nossa atuação através de pequenos gestos como deixar que a grávida/família ouvissem a frequência cardíaca fetal e explicar o seu desenvolvimento, instruir a família sobre comportamentos a evitar e orientar sobre atitudes a tomar para minimizar a ansiedade da grávida e promover o bem-estar materno fetal.

O diagnóstico de RCIU faz-se através de: anamnese – a anamnese completa da paciente é importante no início da gestação para identificar fatores que aumentem o risco de RCIU, para a determinação correta da idade gestacional e para identificação de doenças maternas associadas; exame físico – as pacientes com ganho ponderal insatisfatório ou com perda ponderal durante a gestação correm maior risco de desenvolver RCIU, mas o peso materno

não é um meio sensível para detetar RCIU, porque a maioria dos casos ocorre em indivíduos com peso normal saudáveis e com ganho ponderal normal na gravidez; a repetição da avaliação da altura do fundo do útero pelo mesmo observador ajuda a documentar o crescimento contínuo ou atrasado da altura do fundo do útero, mas não é um meio muito preciso para identificar o feto com restrição de crescimento; ecografia - é o principal meio para estabelecer o diagnóstico de RCIU por meio da verificação das datas da menstruação e da quantificação do peso fetal estimado. A idade gestacional é mais bem determinada no início da gestação por meio de uma combinação da data da última menstruação e, quando os dados sobre a menstruação são incertos, o comprimento vértice-nádegas é o meio mais preciso para determinar a idade gestacional (Cunningham et al, 2010).

Não há terapêutica que interrompa o processo de desnutrição fetal. A conduta é direcionada para determinar o momento ideal do parto, que depende da idade gestacional, da etiologia, da viabilidade e vitalidade fetais (Graça, 2010).

Quando a RCIU é próxima do termo, o parto imediato fornece o melhor desfecho para o feto que tem restrição de crescimento. Pode optar-se pelo parto vaginal desde que o padrão de frequência cardíaca fetal seja tranquilizador (Cunningham et al., 2010).

Para a cesariana eletiva, deverá ser decidido se existem sinais de deterioração do estado do feto e o colo uterino se apresenta desfavorável (Graça, 2010).

A gravidez é muitas vezes geradora de ansiedade devido ao medo do desconhecido. Esta ansiedade torna-se problemática quando a gravidez se encontra associada a algum tipo de patologia, devido ao medo que a gestante sente em relação à sua própria saúde, à do seu filho e ao futuro de ambos.

Esta foi uma realidade que constatamos em grande escala em relação a todas as situações de internamento. Explicitar a vivência de todo o processo não foi tarefa fácil, o que nos levou a tomar opções que acreditamos terem sido adequadas para demonstrar, ainda que de forma sucinta, como concretizamos o nosso objetivo de estágio para aquisição e o desenvolvimento de competências, no domínio da enfermagem de saúde materna e obstetria, em relação aos cuidados especializados à mulher grávida com complicações e família. Foi possível contextualizar e mobilizar todo um conjunto de saberes, com base na prática fundamentada em evidências e no pensamento crítico-reflexivo para a tomada de decisão.

## 2.3 Trabalho de Parto

Com a chegada ao fim do tempo de gestação, o momento do parto vai sendo antecipado. O parto para além de ser considerado um evento biológico, social, e cultural, constitui um evento crítico na transição para a maternidade (Donelli, 2003).

As práticas e costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e culturas. Todavia, o momento do parto continua a ser a etapa mais significativa para a parturiente e seus familiares.

Por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O TP pode dividir-se em três estádios diferentes, designados por dilatação, período expulsivo e dequitação, sendo que têm características e tempos bem definidos (Graça, 2010).

Na integração a esta unidade de cuidados, tivemos o cuidado de compreender a estrutura orgânico funcional, para identificar o nosso campo de atuação e recursos existentes para podermos prestar cuidados especializados. Confirmamos que, tal como noutras unidades de cuidados, o método de trabalho era o método de trabalho em equipa, que desenvolvem as suas práticas sob o desenvolvimento de atividades, intervenções e cuidados, mesmo que associado a cada forma de agir individual, privilegiavam os cuidados individuais e personalizados. Foram nossos objetivos adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher em trabalho de parto e parto, desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental.

No início de cada turno, para assegurar que tudo estava funcional e em segurança, o carro de emergência e de reanimação do RN era avaliado, bem como, era conferido o registo e contagem dos estupefacientes existentes e a verificação da falta ou não de material.

O circuito da parturiente para o internamento, na sala de partos, inicia-se pela admissão. De acordo com a situação da parturiente, após a apresentação do espaço físico e a dinâmica da equipa, a receção à parturiente implicou a adoção de uma postura calma e confiante, que tranquilizasse a mulher e o seu acompanhante. Saudar e receber com um sorriso, fazer a nossa apresentação, explicar qual o nosso papel e o que podia esperar do nosso desempenho durante a sua permanência e demonstrar disponibilidade para responder às suas dúvidas e receios.

Após o momento de admissão, também da sua receção fazia parte a apresentação da sala, bem como o seu funcionamento. Também algumas explicações acerca do material existente, e quem ia ser a sua enfermeira.

No caso de o acompanhante estar presente, tentamos explicar quais os procedimentos, bem como as regras da sua presença, durante o trabalho de parto e parto, para se sentir envolvido.

A colheita de dados, cuidadosa, foi o procedimento que constituiu a estratégia e o garante para delinear e construir o nosso plano de cuidados. Além da entrevista formal e informal recorremos, também, à consulta do Boletim de Saúde da grávida. Por forma a conseguirmos que parturiente se sentisse num ambiente mais próximo do seu e num ambiente seguro, permitíamos que vestisse a sua camisa, permitíamos que ficasse com os seus amuletos ou objetos pessoais que desejasse, nomeadamente o telemóvel, pois a maioria referia a vontade de o manter consigo. Na colheita inicial de dados, para além da identificação, eram feitas questões relacionadas com a alimentação (última refeição, tipo de alimentos), alergias, acerca da preparação para o parto e entre outras questões, se tinha plano de parto. Em caso de afirmação positiva, era explicado, que tudo faríamos para concretizar os seus desejos.

De forma a conseguir estabelecer uma relação empática com a parturiente, colocávamos algumas questões que se afiguravam pertinentes, relacionadas com a adesão ou não às normas preconizadas pela organização da unidade de cuidados, nomeadamente com o ambiente que procuramos sempre proporcionar. Aspetos relacionados com o ambiente na sala de partos (ambiente calmo e acolhedor, a existência de música relaxante, a temperatura, a luminosidade da sala, a necessidade de desligar os telemóveis), com a gestão da dor, com a opção pela anestesia epidural, sistémica ou pelos métodos não farmacológicos para o alívio da dor (uso da bola, massagens, duche) e também com as opções que dizem respeito ao RN (a laqueação do cordão umbilical, se deseja que o bebé seja colocado pele com pele sobre a barriga, se pretende amamentar e sobre o que fazer na 1ª hora de vida da criança). Todas estas questões permitiram que a grávida/parturiente visse em nós alguém disponível para a esclarecer, para a elucidar e acima de tudo alguém disposto a colaborar com ela. É de igual forma importante informar a grávida/parturiente/acompanhante de todos os procedimentos, assim como pedir autorização para a realização dos mesmos, sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e a relevância da participação da mulher, assim como do acompanhante, no desenrolar de todo o processo.

Cada um de nós tem por dever profissional criar momentos para debater e ponderar sobre assuntos relacionados com o nascimento da criança e a participação ativa da

grávida/parturiente/acompanhante neste momento, respeitando os seus desejos e expectativas e o seu direito à privacidade. Atualmente a mulher portuguesa, fruto da influência da medicalização do parto, adota uma postura passiva durante o TP e parto, na expectativa e delegam que sejam nós, profissionais, a decidir. Contudo, devemos ter a capacidade mental e psicológica de promover o *empowerment* na mulher que temos aos nossos cuidados, devendo ser a parturiente a discutir e decidir sobre o seu plano de parto. O *empowerment* não é mais do que um processo pelo qual se atribui influência ou poder acrescido às pessoas, designadamente através do envolvimento no processo de decisão, concedendo autonomia (2ª conferência da qualidade das administrações públicas da EU, 2002). O *empowerment* para o nascimento é a habilidade de abandonar as inibições, deixando-se levar pelo fluxo de energia biológica, é a habilidade de conter a tensão acumulada provocada pela dor e pela fadiga, provocadas pelas contrações uterinas, recebendo o bebé com gratificação e ternura (Schmid, 2007).

A presença do acompanhante junto da parturiente, durante a sua permanência na sala de partos, revelou-se numa medida efetiva no apoio à mulher. Esta figura significativa, só pela sua presença, tinha desde logo o poder de conseguir oferecer um apoio emocional muito especial, único e insubstituível. A pessoa mais frequentemente escolhida pela parturiente foi o pai do RN, e algumas vezes a própria mãe. No momento do parto, se fosse desejo da parturiente e sempre que a situação o permitisse, o acompanhante podia ser chamado a participar para cortar o cordão umbilical, ver e tocar no RN logo a seguir ao seu nascimento, facilitando a vinculação precoce desta tríade.

Existem alguns princípios inerentes às intervenções de enfermagem, nomeadamente: respeitar a decisão do acompanhante sobre o seu grau de envolvimento, informar sobre o TP e as necessidades da mulher, instruir sobre medidas de conforto, reforçar os seus esforços de participação, promover o seu conforto e estimular períodos de descanso. Muitas vezes o apoio prestado pelo acompanhante à mulher em TP é diretamente proporcional ao apoio dado pelo EEESMO e por outros profissionais de saúde (Nichols, 1993 cit. por Lowdermilk e Perry, 2002).

A privacidade da parturiente foi respeitada. Foi promovido e foi mantido um ambiente seguro. Foi proporcionado o seu conforto e relaxamento, através de simples atitudes como: desligar as luzes da sala quando não necessárias, reduzir o ruído ao mínimo (embora durante o dia seja mais complicado fazê-lo do que no período da noite), ligar ou desligar a música de acordo com a vontade da mulher e envolver o acompanhante nos cuidados prestados à parturiente. A mulher em TP deve sentir-se segura na sala de partos e livre para utilizar as medidas de relaxamento e de conforto pelas quais optou (Cunningham, 2012).

A consciência do papel fundamental que temos, neste momento único na vida da mulher, também não foi esquecida. Uma das intervenções que desenvolvemos foi consciencializar a mulher do seu papel neste momento. Para tal, adotamos uma atitude que promovesse uma conduta emancipatória, o autocuidado, no sentido de intervir apenas quando necessário, oferecendo sempre apoio emocional à parturiente e acompanhante, envolvendo-a no processo de TP e principalmente na tomada de decisão mostrando-nos sempre disponíveis para ouvir e responder às suas dúvidas e preocupações.

Um número considerável de parturientes que dava entrada no serviço de urgência vinha com indicação médica para induzir o parto. Logo se conclui que uma percentagem expressiva dos partos se deve a um processo de maturação cervical, indução de trabalho de parto ou aceleração do trabalho de parto. A maturação cervical e a indução de trabalho de parto são intervenções obstétricas que têm por objetivo preparar o colo uterino e iniciar artificialmente contrações uterinas que acarretem a dilatação e a extinção progressivas com vista ao parto (Campos, 2005). Nas situações com o índice de Bishop inferior a 7, deve ser realizada previamente a maturação cervical/indução de TP com prostaglandinas (Proress 10mg ou Cytotec 50ug). Quando o índice de Bishop é superior ou igual a 7 está indicada a indução do TP com ocitocina (10 unidades de ocitocina em 1000 ml de glicose 5%).

Contudo também existe uma percentagem menos significativa de mulheres em que o trabalho de parto se iniciou espontaneamente. Tendo em conta a atuação do fármaco, concomitantemente, na parturiente, na evolução do parto e feto foram desenvolvidas capacidades ao nível da administração e gestão da medicação. A aceleração do TP tem por objetivo estimular contrações uterinas quando estamos perante um TP com fase ativa inadequada (falha de dilatação cervical e/ou falha de progressão da descida fetal). O protocolo de aceleração do TP é colocar 10 unidades de ocitocina em 1000 ml de glicose 5% em perfusão e ir vigiando as eventuais alterações (Campos, 2005).

O toque vaginal deve ser praticado em casos específicos, na admissão da grávida, em alteração significativa da atividade uterina, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rotura de membranas ou se se observam desacelerações variáveis da diminuição da FCF (Lowdermilk e Perry, 2002).

A avaliação da evolução do TP exige o toque periódico do colo do útero para avaliar as alterações da extinção e dilatação, a integridade das membranas, a apresentação, posição e variedade (cefálica, pélvica ou de espadua) e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) e da descida da apresentação no canal de parto. Desta forma os exames vaginais devem ser marcados com frequência suficiente para determinar a evolução do TP,

sendo limitados para a segurança e conforto da parturiente e para minimizar o risco de infecção (nomeadamente em RN de mães com EGB) (Evans, 2010).

O objetivo do toque vaginal revelou-se determinante para o desenvolvimento do TP, através da verificação do Índice de Bishop; estática fetal; estrutura da bacia e integridade das membranas. Também as manobras de Leopold são importantes na monitorização do TP. Através destas, podemos chegar a algumas conclusões, nomeadamente, da situação fetal (longitudinal ou transversa) e a apresentação (cefálica ou pélvica), a posição (direita ou esquerda) e o foco fetal (intensidade máxima da FCF).

Como cada TP apresenta uma especificidade própria, daí advém a multiplicidade de experiências ao nível da avaliação do colo uterino, estática fetal, tipo de bacia e integridade da bolsa amniótica e que, agora, se transpõe na habilidade de proceder a uma avaliação completa e crítica sobre a evolução do TP. Tudo isto se deveu a variedade de TP vigiados e acompanhados para atingir as competências necessárias. A contratilidade uterina é o fenómeno mais importante do TP. É indispensável para fazer dilatar o colo e expulsar o feto. Recorrendo à cardiotocografia foi possível vigiar de forma contínua e em simultâneo, a frequência cardíaca fetal (FCF) e a contractilidade uterina. Graficamente apresenta um registo da resposta do coração fetal, da atividade uterina e também informações sobre a sua taxa e variabilidade (Fraser e Cooper, 2010).

Cada um de nós, enquanto EEESMO, tem aqui um foco de atenção muito específico, na aquisição e desenvolvimento das competências descritas no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde.

Esta vigilância permitiu-nos examinar e compreender diferentes traçados, com o propósito de avaliar permanentemente o bem-estar fetal e a atividade uterina intraparto, reconhecer um padrão anormal de CTG e possíveis causas, antevendo uma intervenção oportuna e ajustada. A avaliação completa de uma CTG considera os seguintes dados: identificação do traçado (nome da parturiente, data, número do internamento), avaliação da qualidade, registo dos movimentos fetais, tocografia, frequência cardíaca, variabilidade, acelerações, desacelerações, avaliação, resposta. Contudo na sua interpretação apenas são tidas em conta quatro variáveis: frequência basal, variabilidade do momento basal, presença de acelerações e presença ou ausência de desacelerações. Só assim uma CTG é interpretável recorrendo às três categorias recomendadas pela NICE (2001): normal, suspeito, patológico.

Podemos realizar intervenções autónomas e emancipatórias para tentar reverter eventuais anomalias detetadas ao nível da cardiotocografia: alteração de decúbito (decúbito lateral esquerdo); administração de glicose 5%; incentivo da toma de chá ou água açucarados; suspensão imediata da medicação útero-estimulante (a medicação mais utilizada é a

ocitocina em perfusão); administração de antipirético (Paracetamol 1gr EV), conservando uma postura de vigilância permanente até à sua resolução.

É importante dizer que o registo de eventos como a administração de ocitocina e prostaglandinas, a analgesia epidural, a ocorrência de rotura espontânea/artificial da bolsa amniótica também foram assinalados.

Foram executadas diversas roturas artificiais de membranas, e, em diferentes circunstâncias da evolução de trabalho de parto. A amniotomia pode ser realizada para aumentar ou induzir o TP (Lowdermilk e Perry, 2002). Todavia, na perspetiva de autores como Evans, (2010), o efeito da rotura artificial da bolsa de água na duração do TP é controverso: a maioria dos estudos sugere que a mesma realizada na fase ativa do TP encurta significativamente o TP, mas quando realizada durante ou antes da fase latente do TP não se mostrou benéfica para a evolução. Em algumas situações tivemos dificuldade em confirmar a rotura de membranas, porque estas se encontravam muito aderentes e a apresentação muito apoiada. A ordem de execução do procedimento é preparar todo o material e a parturiente e executar o procedimento somente após o ter explicado à mesma. O procedimento em si consistiu em romper as membranas com o amniótomo durante a contração uterina, observar as características do líquido a ser drenado lentamente e certificar-nos que a apresentação fetal fica bem apoiada, reduzindo assim o risco de prolapso do cordão. É importante registar as características do líquido amniótico (cor, odor, consistência), a hora da rotura, registar a FCF antes e imediatamente depois do procedimento para detetar qualquer alteração (como as desacelerações variáveis) que pode indicar a ocorrência da compressão ou prolapso do cordão. Por fim proporcionar à parturiente medidas de higiene e conforto, como cuidados de higiene perineais frequentes, porque o líquido amniótico continua a sair pela vagina até que ocorre o nascimento. Segundo o protocolo do serviço, quando a parturiente tem uma rotura de membranas superior a doze horas deve iniciar-se a profilaxia antibiótica, fazendo preferencialmente no mínimo duas tomas antes do parto, para diminuir o risco de infeção materna e neonatal.

Há um fator que condiciona o estado da parturiente: a dor associada à contração uterina. A dor de trabalho de parto é a sensação de dor, de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto (ICN, 2002, 2006).

A dor de trabalho de parto é diferente das outras: não é um sintoma de doença ou lesão, é auto-limitada, é rítmica e vai-se intensificando gradualmente. Não está associada a trauma, mas sim a um processo normal e fisiológico, promove o progresso do TP, protege o canal de parto e o feto e assegura altos níveis de ocitocina e endorfinas. As mulheres que têm um



parto natural podem sentir exaltação, euforia, aumento da auto-estima e da confiança, sentindo-se mais fortes.

A dor representa um relevante sinal do início do TP tendo como elemento básico a contração uterina aliada à dilatação do colo uterino, distensão do segmento inferior e isquemia uterina e depois, num segundo período, está aliada à distensão do canal de parto, à tração dos ligamentos útero-cervicais e peritoneu, à pressão da apresentação sobre as estruturas pélvicas e à dor relacionada com os esforços expulsivos (Lowe, 1996 citado por Lowdermilk e Perry, 2002). Esta, protege-se de lesões na bacia, colo do útero e períneo, enquanto que, ao mesmo tempo, protege o feto de posições inadequadas que poderiam causar pressão excessiva sobre a cabeça. Ao agir desta forma, a parturiente pode reduzir os níveis de stress do feto, bem como a sua própria dor (Veringa et al., 2011).

A mobilidade no TP deve ser incentivada, uma vez que diminui a necessidade de analgesia farmacológica. As dimensões biológica, psicológica, social, espiritual, cultural e educacional de cada parturiente têm impacto na maneira como ela se expressa e como ela percebe a dor durante o TP. Devemos trabalhar com a mulher a fim de incentiva-la a manter o controlo e a ficar o mais móvel possível ao longo do TP (Fraser e Cooper, 2010).

Para conseguirmos implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor durante o TP, precisamos de mobilizar todos os seus conhecimentos sobre farmacologia e tipos de analgesia para que conscientemente colaboremos com outros profissionais nesta atuação.

Algumas parturientes ainda apresentam reservas à analgesia epidural por medo da técnica, receio de ficarem “paralisadas” ou por acreditarem que a analgesia epidural as impedirá de participarem no parto. No entanto, de acordo com Graça (2010), esta é a técnica mais eficaz para o alívio da dor e também a que menos efeitos secundários produz sobre a fisiologia materna e fetal.

Se a parturiente optar pela realização de anestesia epidural, o procedimento é o seguinte: contactar o anestesista, preparar todo o material para a colocação de cateter epidural. De seguida, explicar, em conjunto com o anestesista, todos os passos do procedimento, os efeitos dos fármacos administrados e obter o consentimento da parturiente. Colaboramos com o anestesista na realização do procedimento e prestamos também alguns cuidados tais como: a assistência à mulher no posicionamento adequado, a explicação sobre como ela pode colaborar durante a técnica e o ensino e instrução de técnicas de respiração durante a contração uterina. Monitorizamos os sinais vitais da parturiente – monitorização da TA materna, vigiar hipertermia e dor, monitorização do CTG – vigiar o bem-estar fetal e executar a algaliação, para evitar o risco de retenção urinária.

Apesar da analgesia epidural proporcionar o melhor alívio da dor à parturiente, muitas delas, não desejam ter analgesia epidural e existem situações em que até está contraindicada. Para esses casos há sempre a hipótese de administração de opióides sistêmicos, tais como a Petidina e o Tramadol, sendo que no CHVNG/E a Petidine era o opióide sistêmico de eleição, levando cerca de vinte minutos a fazer efeito.

É de salientar que o nosso papel foi preponderante, na medida em que tivemos a possibilidade de informar a grávida/parturiente sobre as técnicas de alívio da dor, farmacológicas ou não farmacológicas, antes de decidir pela opção da analgesia epidural. Pudemos constatar que algumas das parturientes adotavam as medidas farmacológicas, sobretudo a administração de analgesia epidural, em complementaridade com medidas não farmacológicas, tais como técnicas de respiração e relaxamento, massagem, hidroterapia, musicoterapia, deambulação, mudanças de posição e utilização da bola de pilates, tal como o acentua (Fraser e Cooper, 2010), para adquirir habilidades para responder às contrações uterinas, encontra algum conforto e favorece a progressão do trabalho de parto.

Um estudo feito por Kennell e colaboradores (1991) distribuiu aleatoriamente 412 nulíparas em trabalho de parto para receberem apoio emocional contínuo de acompanhantes experientes ou serem monitorizadas por um observador discreto que não interagisse com a parturiente. A taxa de cesarianas foi efetivamente mais baixa no grupo que recebeu apoio contínuo em comparação com o grupo monitorizado de forma distante (8% versus 13%), assim como a frequência da analgesia epidural para o parto eutócico (85% versus 23%).

Sendo a identificação e monitorização do TP o ponto fulcral das competências desenvolvidas neste módulo de estágio, tornou-se essencial a aquisição e mobilização de conhecimentos para a prestação de cuidados baseados em evidências científicas.

Foram identificadas 3 fases no segundo estágio do TP: latente – período em que a mulher não sente a urgência de empurrar, está repousando, ou apenas exercendo pequenos esforços com as contrações; ativa – período em que a mulher faz grandes esforços para empurrar e o plano fetal avança; transição – a cabeça fetal começa a coroar e a mulher pode apresentar mais dor e empreender esforços maiores ou menores para empurrar (Simkin et al., 1991).

O segundo período do TP é tipicamente caracterizado por inquietude materna, desconforto, desejo de alívio para a dor, sensação de que o processo é interminável e a vontade de que termine logo. Este período confirma-se com um exame vaginal para verificar a dilatação completa. As contrações tornam-se mais fortes e mais longas, mas podem ser menos frequentes (Fraser e Cooper, 2010).

Após o diagnóstico de que a parturiente está na fase ativa do TP, a nossa presença constante ao longo de toda esta etapa foi uma realidade, pelo conhecimento que possuímos de que o tempo que demora a completar-se este segundo período do TP varia consideravelmente.

A evidência de que, se, a parturiente ficar deitada em posição dorsal, a compressão da veia cava é aumentada, resultando em hipotensão, o que pode levar a uma perfusão placentária reduzida e consequente oxigenação fetal diminuída. Na fase latente do TP as parturientes ficam mais confortáveis se ficarem fora da cama a deambular, pois não existe risco significativo de comprometimento fetal, desde que o traçado inicial do CTG seja tranquilizador e as membranas estejam intactas ou a parte da apresentação esteja bem apoiada no colo uterino. Foram realizados estudos que comparando as parturientes que deambulam durante a fase ativa do TP e aquelas que ficam confinadas ao leito, revelam que existe alguma aceleração do primeiro estágio do TP e número reduzido de partos cirúrgicos no grupo que deambula, com desfechos fetais iguais. Bloom e colaboradores (1998) realizaram um estudo randomizado da deambulação durante o trabalho de parto em mais de 1000 mulheres com gravidez de baixo risco, descobrindo que a deambulação nem aumentou nem comprometeu o trabalho de parto ativo e que não houve risco. Contudo a deambulação está contra indicada nas situações em que a mulher está sob analgesia epidural, pois existe o risco de queda e também nos casos em que as membranas amnióticas não estão íntegras e a apresentação não está encravada, pelo risco de prolapso do cordão (Lowdermilk e Perry, 2002).

O mecanismo do parto em apresentação cefálica implica a acomodação do móvel fetal à estrutura óssea, através da qual tem de passar. Para tal têm de ocorrer movimentos de forma separada e independente, que se conjugam harmoniosamente. Os setes movimentos cardinais do mecanismo do parto são o encaixe, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e finalmente o nascimento por expulsão. Durante o parto vaginal, a apresentação, a posição e o tamanho fetais governam o mecanismo exato, uma vez que o feto responde às pressões externas.

O conforto e a higiene da parturiente foram aspetos que não descuramos, de forma a favorecer o bem-estar e minimizar o desconforto das contrações.

A ingestão hídrica e de alimentos ainda são geradoras de polémica em muitas das salas de parto do nosso país. Oferecer à mulher apenas líquidos claros ou cubos de gelo na fase ativa do TP minimiza o risco de complicações anestésicas e suas consequências, caso seja necessário recorrer à anestesia geral (Lowdermilk e Perry, 2002). Já para Cunningham (2012) a alimentação deve ser suspensa durante o TP ativo e parto, pois o tempo de esvaziamento gástrico é acentuadamente prolongado quando o TP é estabelecido e os

analgésicos são administrados. O jejum está aconselhado, se existir a necessidade de uma cesariana ou de anestesia geral, embora atualmente se recorra a analgesia epidural para a realização de cesarianas (Evans, 2010).

A parturiente, a partir do momento em que solicita a analgesia epidural, tem a necessidade de ser algaliada, pois perde a sensibilidade vesical, a bexiga fica distendida, o que pode impedir a descida da apresentação favorecendo, assim, o esvaziamento vesical e a progressão do TP.

No que diz respeito à administração de perfusões EV, esta foi uma intervenção resultante de prescrição que fez parte integrante do nosso estágio. A cateterização para perfusão de soro glicosado, em situações de baixa variabilidade ou desaceleração fetal de causa materna, analgesia epidural, jejum, hipotensão materna ou emergência obstétrica.

No segundo estágio do TP a administração de ocitocina em perfusão tem como objetivo contribuir para que a fase ativa do TP decorra dentro dos parâmetros fisiológicos; acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas e prevenir a atonia uterina no terceiro estágio do TP. A perfusão de ocitocina está contraindicada em caso de incompatibilidade feto-pélvica, prolapso do cordão, situação transversa, FCF não tranquilizadora e placenta prévia (Lowdermilk e Perry, 2002).

Das intervenções vigiar e monitorizar o TP, através da cardiotocografia, bem como o ritmo da perfusão de ocitocina e aos possíveis sinais e sintomas referenciados pela parturiente fizeram parte das nossas preocupações e intervenções. Observar o comportamento da parturiente e tirar conclusões para intervir, implicou uma observação atenta a todos os sinais e sintomas, para além do traçado cardiotocográfico.

Registar todos os procedimentos e a avaliação feita à parturiente, assumiu uma importância relevante no contexto do nosso estágio. Para tal recorremos a um instrumento chamado partograma – representação gráfica do TP, onde se regista toda a vigilância do TP, desde a dilatação à extensão do colo, à descida da apresentação, registo da FCF e da integridade das membranas (Lowdermilk, 2002; Rezende, 2008). Os registos de enfermagem, inerentes à nossa atividade diagnóstica, aos focos de atenção, diagnósticos, e intervenções durante o desenrolar do trabalho de parto e parto, entre outras atividades, nomeadamente, informações como a identificação da parturiente, acompanhante, o índice obstétrico, antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, EGB), tipo e hora da rotura, processo de TP, analgesia realizada, tipo e hora de parto, integridade do canal de parto, são aí registados.

Nesta fase do segundo estágio do TP, estando o período expulsivo iminente, preparávamos e verificávamos todo o material/equipamento necessários para executar o parto,

procurávamos manter acima de tudo a privacidade da parturiente/acompanhante, assim como um ambiente calmo e aquecido na sala de partos.

MacKay e Barrows (1991) citado por Lowdermilk e Perry (2002) identificaram vários fatores que podem causar a diminuição dos esforços expulsivos da mulher: dúvidas sobre estar preparada para ser mãe, a relutância em cuidar de outro bebê, o desejo de esperar a chegada da pessoa de apoio, o medo ou a ansiedade relacionada com as sensações desconhecidas ou dolorosas do segundo estágio do TP e parto, a vergonha relacionada com o comportamento durante os esforços (sons emitidos, eliminação de fezes), a desistência e a falta de vontade de prosseguir em direção ao parto vaginal e o medo de que o bebê corra perigo ao sair do ambiente intrauterino.

Orientamos a mulher para o início dos esforços expulsivos e assistimo-la na técnica respiratória e no posicionamento. Apenas no final da expulsão deveríamos colocar a parturiente em posição de parir: decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdómen e abdução dos joelhos, a chamada postura de *Laborie-Duncan* (Rezende, 2008). A parturiente pode optar pela posição de semideitada ou sentada suportada, com as coxas abduzidas (é a postura mais utilizada nas culturas ocidentais), acorçada, ajoelhada, de quatro ou em pé ou posição lateral esquerda (posição alternativa para as mulheres que acham difícil abduzir os seus quadris) (Evans, 2010; Fraser e Cooper, 2010).

A orientação e apoio dada à parturiente visou encorajá-la a continuar os esforços expulsivos, mas também incentivá-la a repousar no intervalo das contrações, respirando profunda e lentamente.

Para manter a técnica assética, preparávamo-nos de acordo com o protocolo do CHVNG/E: uso de touca, de máscara, de sapatos, de bata e de luvas esterilizadas e posteriormente colocávamos o campo de parto por baixo das nádegas da mulher, as pernas e o campo esterilizado sobre o abdómen da parturiente.

Seguidamente avaliávamos as condições do períneo à medida que a cabeça começa a coroar, e aí fazíamos a nossa avaliação da necessidade ou não da realização da tricotomia local e episiotomia medio lateral esquerda. A realização ou não da episiotomia era discutida no plano de parto, sempre que apresentado pela mulher na admissão à sala de partos. A prática corrente dos profissionais de saúde, médicos e EEESMO, no CHVNG/E era a realização da episiotomia em nulíparas, com o objetivo de minimizar o risco de um grave trauma materno espontâneo (lacerações) e apressar o parto, sobretudo quando existia evidência de comprometimento fetal. Apesar de ser um procedimento realizado frequentemente, alguns estudos revelam ser uma das decisões mais controversas. O uso rotineiro da episiotomia aumenta o risco de que a incisão cirúrgica seja maior que a laceração espontânea por ocasião do nascimento (Evans, 2010). Por isso a nossa atuação

pautou-se por realizar a episiotomia de forma seletiva e apenas quando estritamente necessária ou por indicação clínica. A episiotomia está claramente indicada quando o estado do feto não é tranquilizador, quando existe distocia de ombros e apresentação pelvopodálica.

A expulsão da apresentação é apoiada por nós, aplicando pressão contra o reto, empurrando-o para baixo, auxiliando a cabeça a flexionar-se enquanto a nuca passa sob a sínfise púbica e só então aplica pressão para cima da região coccígea (Manobra de Ritgen modificada). É importante a nossa perícia em proteger o períneo, conseguindo assim reduzir possíveis lacerações.

Assim logo que a cabeça se exteriorizasse procuramos a existência de circulares cervicais do cordão, verificar se era necessário fazer laqueação prévia ou se a circular era larga, para proceder ao seu recuo. No caso de ser larga desenrolava-se à volta da cabeça ou então formava-se uma alça através da qual os ombros pudessem passar. Apenas tivemos a experiência de uma circular apertada e aí o procedimento foi a realização da laqueação prévia do cordão umbilical.

A restituição e a rotação externa da cabeça ocorreu permitindo o desprendimento suave dos ombros, primeiramente o ombro anterior e depois o posterior, mantendo sempre a proteção posterior do períneo, minimizando o risco de laceração perineal. À vulva o nariz e a boca do RN eram logo limpos com compressas, de forma a facilitar a drenagem de secreções e permeabilizar a via aérea. Em seguida, aconchegava-se o RN em lençóis aquecidos e colocava-se em cima do abdómen da mãe, permitindo assim o bounding entre mãe/filho. Registávamos a hora de nascimento e avaliávamos o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. O Índice de Apgar permite-nos avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina e continua a ser um indicador de grande utilidade para estabelecer o momento adequado ao início da reanimação através da verificação dos cinco indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, resposta aos estímulos e cor da pele) (Lowdermilk e Perry, 2002; Graça, 2010).

Prosseguindo com o plano de parto da parturiente, o cordão umbilical era clampado e antes perguntávamos à mãe quem gostaria que cortasse o cordão. Caso a parturiente tivesse trazido um kit de células estaminais era necessário colher sangue do cordão umbilical para criopreservação das células estaminais e em caso de haver incompatibilidade Rh/ABO também era colhido sangue para determinação do grupo sanguíneo.

Foi-nos possível acompanhar o TP de 12 parturientes e participar nos partos das mesmas, pois houve a necessidade da intervenção do obstetra para aplicação de ventosa ou fórceps e na maioria das situações as duas causas que se podem apontar são a presença de desacelerações fetais monitorizadas no CTG e os esforços expulsivos maternos pouco

eficazes. Assistimos o obstetra, preparando a mulher na posição de litotomia e explicando todo o procedimento. A monitorização do CTG foi importante para assegurar o bem-estar fetal até ao nascimento e aquilo que se pedia da parturiente era que colaborasse fazendo esforços expulsivos durante a contração. Assim que se dava o nascimento, avaliávamos o Índice de Apgar rapidamente, assegurando a permeabilidade da via aérea. Colocava-se o RN sobre o abdómen da mãe promovendo o *bouding* mãe/filho.

Após a laqueação do cordão, as medidas implementadas eram a aspiração das vias aéreas, a estimulação táctil e a manutenção da temperatura corporal através do aconchego do RN num lençol aquecido sob fonte de calor, medidas estas que foram geralmente suficientes para a maioria dos RN estabelecerem a sua adaptação à vida extrauterina. Vigiamos os sinais de dificuldade respiratória como o adejo nasal, tiragem ou gemido. 10% dos RN necessitam de algum tipo de reanimação para iniciar uma respiração eficaz e apenas 1% necessitam de manobras de reanimação mais diferenciadas, sendo por isso imprescindível a presença do pediatra na sala de partos. Há trabalhos de grande credibilidade que apontam para um número significativo da mortalidade e morbilidade neonatais com a implementação da aspiração por rotina da traqueia, quando o RN esteve exposto ao líquido amniótico com mecónio. Atualmente a aspiração imediata da boca e orofaringe logo após a expulsão da cabeça para prevenção da aspiração meconial não se advoga (Graça, 2010).

Como prática habitual no CHVNG/E após o primeiro contacto entre mãe e RN, prestávamos cuidados iniciais ao RN, dos quais se incluíam: identificação do RN, promoção e aquecimento (secar o RN), aspiração de secreções (se necessário), realização da higiene corporal, administração de fitometadiona (1mg por via IM), administração de cloranfenicol (1 gota em cada olho), realização do primeiro exame físico e vestir o RN.

Após a conclusão destes cuidados, o RN era colocado junto da mãe e promovíamos assim a vinculação precoce, a parentalidade e os afetos, evitando deste modo a ansiedade da separação.

Outro aspeto de relevância é a amamentação na primeira hora de vida, e como o CHVNG/E é um dos hospitais Amigo dos Bebés, fomentou-se essa prática logo ainda na sala de partos, colocando o RN à mama. Nem sempre foi possível implementar esta prática, pois algumas puérperas não se mostravam capazes para amamentar devido ao desgaste do TP e parto. Aqui a nossa intervenção era fundamental na assistência e observação da primeira mamada; a promoção da amamentação estimula a produção de ocitocina materna o que favorece a contração uterina levando à involução uterina importante no período pós-parto imediato, conduzindo a uma menor incidência da hemorragia pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2002). Designa-se por dequitação ou terceiro estágio do TP, todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento. É nesta fase que a puérpera se encontra em

maior risco de hemorragia pós parto, pelo que a nossa vigilância foi muito cuidadosa e contínua. Regra geral, a separação da placenta ocorre alguns minutos após o parto. Existem duas modalidades de dequitação: a de Schultze e a de Duncan. O que verificamos na nossa prática foi a dequitação de Schultze como a mais frequente, verificando o aparecimento da superfície fetal brilhante da placenta em primeiro lugar.

Nesta fase a puérpera mantém-se em posição de decúbito dorsal, com a cabeceira mais baixa. Posteriormente explicávamos que poderia sentir contrações e que estas estariam associadas à expulsão da placenta. Se a puérpera se encontrasse em boas condições clínicas, tais como perda sanguínea escassa, poderia aguardar-se até uma hora após o parto. Vigíavamos os sinais de descolamento da placenta: o útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue e o sinal de Krustner. Se se verificassem estes sinais, pedíamos à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar e nós realizaríamos a manobra de Jacob-Dublin que não é nada mais do que fazer a torção da placenta facilitando o seu descolamento integral (Campos, 2005; Graça, 2010).

Houve apenas uma situação em que o deslocamento da placenta foi efetuado com o mecanismo de Duncan, pois sabe-se que este acarreta maior perda de sangue, sendo a sua presença um indicador de risco de hemorragia. A nossa conduta foi proactiva, no sentido de diminuir o risco de hemorragia e de acordo com o protocolo do CHVNG/E, foi iniciada a perfusão de ocitocina e através da manobra de Credê foi massajado circularmente o fundo uterino tentando que se formasse o globo de segurança de Pinard (Lowdermilk e Perry, 2002; Graça, 2010).

Após esta conduta proactiva, inspecionamos a placenta – forma, tipo de inserção, integridade dos cotilédones, presença de anomalias; o cordão umbilical – existência de 3 vasos umbilicais (2 artérias e 1 veia), tamanho do cordão, tipo de inserção na placenta, presença de anomalias; as membranas – verificar presença dos dois folhetos completos (1 amnião e 1 córion) e a sua integridade, garantindo a sua normalidade e expulsão completa da cavidade uterina.

Sempre que se verificava alguma anormalidade, tal como preconiza a OE cumprimos o dever de comunicar ao obstetra sempre que se verificou alguma anormalidade do terceiro estágio do TP, tal como retenção da placenta ou membranas fragmentadas. Nestas situações verificávamos o estado da mulher, e caso se verificassem os fenómenos de ansiedade, ou dor presentes, as nossas intervenções eram ajudar, apoiar, instruir e explicar para que pudesse ultrapassar este momento complexo e pudessem realizar a revisão do canal vaginal ou uterino com o máximo conforto possível. Sempre que prescrito, administramos a medicação analgésica e uterotónica, para promover a contração e retração uterina adequadas, impedido que o risco de hemorragia aumentasse.



Avaliamos, posteriormente, a integridade do canal de parto inspecionando o períneo, a vagina e o colo uterino, assim como a parede retal. A observação era preponderante. Em caso de detetar lacerações e também para visualizar o vértice da episiotomia (se tiver sido necessário executa-la). No caso de a parturiente não ter optado pela analgesia epidural ou o seu efeito ter terminado foi necessário recorrer à analgesia do períneo (lidocaína 2%) e para isso é necessário assegurar as condições de assepsia essenciais para realizar todo o procedimento. A reparação da episiotomia e das lacerações do períneo foi sempre feita por planos. De acordo com (Graça, 2010), inicia-se a sutura do primeiro plano desde a mucosa vaginal até ao anel himenial, com uma sutura contínua, cerca de 1 cm acima do vértice. Passando ao segundo plano inicia-se a sutura nas fibras musculares até a aproximação do tecido subcutâneo, com pontos separados. Finalmente os bordos cutâneos são encerrados com pontos Donati.

O que se preconiza no CHVNG/E é que as lacerações de segundo grau são tratadas como a episiotomia e as de primeiro grau são suturadas de forma contínua para aproximar delicadamente os bordos. Ao realizar uma sutura contínua para aproximar os bordos em vez de se utilizar pontos separados, o desconforto no pós-parto será diminuído consideravelmente. Um fator importante promotor da cicatrização é o tipo de fio com que se realiza a episiorrafia e as suturas das lacerações; o fio de eleição é o fio de sutura de reabsorção rápida o que vai diminuir o desconforto e dor pós-parto em 40% das puérperas (Graça, 2010).

As primeiras duas horas após o nascimento são denominadas como o quarto estadio do TP. Neste período, nas duas horas após o parto a puérpera fica sob observação na sala de partos, tal como é norma no serviço. Competia-nos ainda promover a educação para a saúde e capacitar a puérpera para massajar o seu útero, com o intuito de facilitar a contração uterina e prevenir a hemorragia, assim como uma preocupação constante em informar sobre os cuidados de higiene no pós-parto e sobre a realização dos exercícios de Kegel por considerá-los de extrema importância na prevenção de futuros problemas uroginecológicos.

Após as duas horas convencionadas, verificávamos o bem-estar materno: avaliação da coloração da pele e mucosas, sinais vitais estáveis, condições de contratilidade uterina. Após expressão uterina, se perda sanguínea normal, e após as orientações para o autocuidado, se o RN estivesse em condições ideais, procedia-se a transferência de ambos para o serviço de internamento de Obstetrícia. A identificação do RN, avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada e a existência de complicações maternas ou neonatais, eram transmitidas à enfermeira do serviço de

internamento. Os registos relativamente ao RN eram efetuados segundo a CIPE no SAPE, realizando o preenchimento da avaliação inicial e do processo de enfermagem.

A realização do estágio de trabalho de parto e parto foi para nós uma etapa significativa no percurso de desenvolvimento e aquisição de competências. Foram executados 41 partos eutócicos, contudo foram muitas as experiências e variadas ao vigiar muitas parturientes durante o TP. Foi de facto, o período de estágio mais longo, e também foi aquele que mais nos surpreendeu pela aquisição de novas competências. Apesar de termos vivenciado momentos de angústia e stress foi, também, o que nos proporcionou muita satisfação, pois pudemos participar ativamente e lidar com o “milagre da vida”!

Ao longo deste estágio, pudemos constatar que o parto é o momento mais esperado, verificando-se uma manifestação de um misto de ansiedade, stress e por fim de uma alegria inexplicável! Esta constatação, veio reforçar a consciência da responsabilidade que o EEESMO assume num processo que tem tanto de complexo como de desafio. Vigiar e monitorizar o trabalho de parto e executar o parto, requereu desenvolver o espírito crítico, o autocontrolo, para além dos conhecimentos necessários, para identificar os focos de atenção, fazer os diagnósticos, delinear as intervenções adequadas, face aos resultados esperados e ganhos em saúde. Também a capacidade de discernir quando devíamos prosseguir tendo em conta a nossa autonomia, e competências, mas também tomar a decisão de comunicar, no momento certo, situações que estavam para além da nossa área de atuação e competência.

## **2.4 Pós-parto**

Este módulo de estágio tornou possível o desenvolvimento e aquisição de todo um conjunto de saberes, capacidades e competências técnico-científicas fulcrais à intervenção especializada por parte do EEESMO à puérpera/RN/pai/família, no processo de autocuidado e de transição e adaptação à parentalidade. O período pós-parto evidenciou-se como complexo na medida em que tem de existir uma adaptação da mulher ao seu novo papel, que é o de ser mãe - o RN requer cuidados constantes e são inúmeras as alterações fisiológicas às quais o corpo da mulher está sujeito após o parto. Os nossos objetivos ao longo deste “módulo” de estágio foram desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental, adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de

puerpério e desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família, em processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar/comunitário.

O puerpério ou período pós-parto *“...tem duração variável, mas geralmente abrange o período de tempo que se estende desde a expulsão da placenta (conclusão do terceiro estágio) até 6-8 semanas após o parto. Durante este período de tempo, alterações fisiológicas, anatómicas e endocrinológicas restabelecem o relacionamento não-gravídico dos órgãos pélvicos...”* (Mason, 1992:354), à exceção da glândula mamária, caso a mãe esteja a amamentar.

O período pós-parto é o intervalo entre quatro a seis semanas entre o nascimento do RN e o retorno dos órgãos reprodutores ao estado não-gravídico normal. Para promover este período de recuperação devemos possuir conhecimentos de anatomia e fisiologia maternas e características físicas e comportamentais do RN (Cunningham, 2012).

Durante o puerpério, embora este seja um período de baixo risco para a maioria das mulheres, podem ocasionalmente ocorrer complicações sérias que devem ser reconhecidas e tratadas. Sendo assim, o puerpério pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato (primeiras 24h), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Durante o puerpério ocorrem alterações fisiológicas ao nível dos vários órgãos e sistemas (Graça, 2010).

Algumas dificuldades são vividas pela mulher/família durante este período, dificuldades associadas à fisiologia do puerpério, dificuldades no cuidar do filho e dificuldades psicossociais (Afonso, 2000). Figueiredo (2001:161) refere: *“Esta circunstância acontece pelo fato de a mulher ter de se adaptar a todo um conjunto de mudanças que se verificam a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar, do qual pode resultar desequilíbrio, tanto quanto pode resultar desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais.”*

O nosso apoio durante este período foi promover o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar. Estarmos despertos e atentos para estas situações é essencial para detetar precocemente complicações inerentes a este período e proporcionarmos uma transição para o papel parental com êxito e feliz. Para isso, além de competências técnico-científicas, é fundamental possuímos competências relacionais, indispensáveis para o êxito deste processo. Sermos sensíveis aos cuidados durante este período é de relativa importância porque é aqui que se começa a formar o vínculo familiar, como um processo especial que não deve ser prejudicado, a menos que surjam complicações maternas ou neonatais (Evans, 2010).

Após a transferência da puérpera da sala de partos para o serviço de internamento de obstetrícia, o exame físico que abrange a avaliação das mamas, do fundo uterino, dos lóquios, do períneo, da bexiga, do funcionamento do intestino, dos sinais vitais e das pernas era essencial (Lowdermilk e Perry, 2002).

A mulher no puerpério imediato tem indicação de repouso, pelo que fica dependente no autocuidado. Sendo assim, os cuidados de higiene parciais e mudanças de roupa eram realizados por nós, que simultaneamente, realizávamos os ensinamentos sobre a importância dos cuidados perineais após a micção e/ou a defecção, a limpeza perineal no sentido da frente para trás (uretra/ânus) e a troca frequente (3/3 horas) de pensos higiénicos para prevenção de infeção. Também era essencial instruir as puérperas a lavarem cuidadosamente as mãos antes e depois da ida à casa de banho.

A mobilização precoce, nas primeiras 6 a 8 horas após o parto, deve ser promovida, uma vez que diminui a incidência de fenómenos tromboembólicos e melhora o trânsito intestinal (Graça, 2010; Cunningham, 2012). O CHVNG/E adota esta prática, sendo que o 1º levante da mulher após parto vaginal se realizava ao fim de 4 horas e para a mulher que foi submetida a cesariana apenas eram necessário ter passado 8 horas. A mulher iniciava a dieta e só após tolerar a alimentação era incentivada ao primeiro levante. Este era sempre na nossa presença e com a nossa colaboração, mas antes de o realizar eram monitorizados os sinais vitais e estávamos atentos aos sinais e sintomas que antecedem uma lipotimia.

Houve situações em que mulher submetida a cesariana não realizou o primeiro levante após 8 horas, pelo que foi incentivada a realizar exercícios dos membros inferiores para prevenção de tromboembolismo, de acordo com (Lowdermilk e Perry, 2002). No estudo realizado por Jacobsen e colaboradores (2008) demonstraram que a embolia pulmonar é mais comum nas primeiras 6 semanas depois do parto.

Após a avaliação do estado geral da puérpera (queixas algícas, condições do útero e perda vaginal, monitorização dos sinais vitais), uma das grandes preocupações foi colocar o RN à mama, sempre de acordo com a vontade da mulher e de acordo com a necessidade do RN. Monitorizar a eliminação vesical foi outra das nossas intervenções. Pois após o parto vaginal, a puérpera deve urinar espontaneamente no período de 6 a 8 horas, apesar de ser comum no puerpério imediato a retenção urinária com hiperdistensão vesical (Lowdermilk e Perry, 2002; Cunningham, 2012). A principal causa para a incapacidade em urinar espontaneamente é a lesão do nervo podendo no processo do parto, mas sobretudo no parto instrumentado. Permitir a deambulação até à casa de banho, é uma das atividades aconselhadas, assim como proporcionar a privacidade na higiene, aconselhar água quente e imersão das mãos em água fria corrente; no caso de estas medidas não resultarem ponderávamos uma algaliação intermitente, tal como preconizam Graça (2010) e

Cunningham (2012). A principal complicação de qualquer forma de retenção de urina é que o útero pode ser impedido de contrair eficazmente, o que leva à perda vaginal aumentada, havendo também um risco aumentado de infecção urinária (Evans, 2010).

Tendo em conta que durante os primeiros dias a eliminação intestinal pode não ocorrer espontaneamente e de acordo com Lowdermilk e Perry (2002), a mulher deve ser incentivada a ingerir alimentos ricos em fibras e líquidos (nomeadamente água), a deambular e a realizar exercícios para promover a primeira dejeção. Em último recurso devemos recorrer à administração de emolientes/laxantes.

As queixas algícas manifestadas pelas puérperas foram de encontro à ferida/laceração perineal e à presença de hemorroides. Aqui o nosso papel foi a promoção do alívio da dor/desconforto, recorrendo a administração da analgesia prescrita, aplicação de gelo durante as primeiras 24 horas para reduzir o edema e a dor, instruindo a puérpera para sentar-se com os glúteos contraídos reduzindo assim a pressão no períneo e aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária (Lowdermilk e Perry, 2002).

No que diz respeito aos partos por cesariana, as queixas algícas eram agravadas pela flatulência, pelo que foi fundamental orientar a puérpera para que de acordo com a sua situação procedesse aos exercícios passivos, bem como implicou administrar os analgésicos prescritos para promover o alívio da dor.

O processo pelo qual o útero, após o nascimento, retorna ao estado não-gravídico é chamado de involução uterina e inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta com a contração da musculatura uterina lisa (Cunningham, 2012). Tendo em conta que a involução progride aproximadamente 1 a 2 cm a cada 24 horas, nove dias após o parto o útero já não deve ser palpável. Existem dois fatores que contribuem para a involução uterina: a amamentação e a massagem do fundo uterino. Contudo, também existem causas que levam à subinvolução uterina: os fragmentos placentários retidos e a infeção.

A descarga uterina durante o puerpério denomina-se lóquios. Nos primeiros dias após o parto são compostos essencialmente por eritrócitos e fragmentos de decídua e o corrimento é abundante. Para além de avaliarmos as características dos lóquios quanto à cor, quantidade, cheiro e composição, assim como questionar a puérpera sobre a quantidade de pensos trocados, para despiste da existência de hemorragias relacionadas com a ferida perineal, atonia uterina, retenção de restos placentares, lacerações vaginais ou do colo não saturadas (Lowdermilk e Perry, 2002), capacitar a puérpera para o autocuidado foi uma constante, pois estando esta a vivenciar uma transição saúde e doença, que embora não seja uma doença, implica alguma fragilidade, também situacional para assumir o exercício do papel maternal, foi importante diagnosticar se havia défices de conhecimento, em relação à situação que está a vivenciar, no sentido de a orientar,

capacitar, instruir, e ensinar a lidar com a situação para ultrapassar as dificuldades da melhor forma possível, já que o internamento nestas situações não ultrapassava as 48 horas. Assim, a nossa atuação consistiu em avaliar a altura uterina para despiste de subinvolução uterina e retenção de coágulos, avaliar a ferida cirúrgica para despiste de infecção e sinais inflamatórios.

Os cuidados prestados à puérpera incidiram também sobre a ferida cirúrgica. Foi possível ao longo do estágio examinarmos cuidadosamente o períneo da mulher, verificando a integridade da sutura (caso existisse), a presença ou não de sinais inflamatórios que dificultassem a cicatrização (equimose, edema, dor, exsudado), no sentido de prevenir a infecção. Foi de igual forma importante vigiarmos a ferida cirúrgica abdominal, e ensinar sempre a puérpera sobre os sinais de infecção, caso se verificasse algum déficit de conhecimento presente, acerca deste fenómeno, e explicar a importância de recorrer aos serviços de saúde.

A atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto, sendo responsável por cerca de 75% dos casos, resultando da incapacidade do miométrio se contrair ou de permanecer contraído após a expulsão da placenta, permitindo assim que as perdas sanguíneas continuem a partir dos vasos arteriais e venosos do local de implantação (Graça, 2010). O diagnóstico de atonia uterina fizemos pela palpação de um útero, geralmente com o fundo acima da linha do umbigo e de consistência mole. Existem vários fatores de risco associados à ocorrência de atonia uterina, tais como a idade materna avançada e multiparidade, história prévia de atonia pós-parto, útero hiperdistendido devido a gravidez múltipla, hidrâmnios e macrosomia fetal, placenta prévia ou DPPNI, TP prolongado, precipitado ou disfuncional, amnionite intraparto, uso exagerado de ocitócicos ou de tocolíticos, fibromiomas uterinos, excessiva concentração de anestésicos com efeito relaxante no miométrio e extração instrumental do feto.

As principais complicações que ocorreram no período do puerpério podem agrupar-se em hemorragias, infeções, fenómenos tromboembólicos e alterações psiquiátricas. A nossa atuação foi promover o autocuidado da puérpera e capacita-la a identificar os sinais e sintomas de alarme e a comunica-los rapidamente, seja no internamento ou no regresso a casa.

As patologias mais frequentes detetadas no puerpério do serviço de Obstetrícia do CHVNG/E foram a diabetes gestacional e a hipertensão gestacional. Mais de 90% das mulheres com diabetes mellitus gestacional retornam ao nível normal de glicose após o parto. Neste estágio, tivemos oportunidade de verificar que após o parto, os sintomas de pré-eclâmpsia desaparecem dentro de aproximadamente 48 horas e os cuidados/intervenções a uma puérpera com pré-eclâmpsia incluíram a avaliação e monitorização dos

sinais vitais tensão arterial de 4 em 4h, durante 48 horas, ou com maior frequência se assim for necessário, até ficar normotensa. Vigiar o balanço hídrico e vigiar os sinais e sintomas premonitórios de possível ocorrência de convulsões, pois mesmo que não tenham surgido antes podiam surgir no pós parto. Administramos e vigiamos também a perfusão de sulfato de magnésio, pois tal como afirma Cunningham, (2012), se necessário, este pode ser mantido até 24 horas após o nascimento.

Depois do nascimento os pais podem sentir que enfrentam novas realidades como a alimentação do RN, pressões económico-financeiras e ajuste a mudanças nos papéis e relações, e isso exige deles um desgaste emocional significativo. Por isso, reforçamos, nestas situações, o apoio e orientação para promover o ajustamento ao exercício parental e poder ajudar na transição para a parentalidade. Também estivemos atentos á identificação ou diagnóstico precoce de complicações psicológicas/emocionais, de forma a facilitar e assegurar a interação entre a mãe e o RN (Fraser e Cooper, 2010).

De acordo com o mesmo autor, no puerpério destacam-se alterações emocionais como sentimentos contraditórios que podem variar de satisfação, alegria a exaustão, desamparo, descontentamento e desapontamento, na medida em que as semanas iniciais parecem dominadas pela novidade e imprevisibilidade do novo bebé. É um período de tempo na vida da mulher que precisa de especial atenção, para que não haja grandes alterações na saúde mental da puérpera. Durante este período surgem novas tarefas e responsabilidades e comportamentos arreigados que devem ser modificados e incorporados (Lowdermilk e Perry, 2002; Cunningham, 2012).

Neste contexto, sentimos que a nossa ação pode influenciar, em grande parte, estes comportamentos, na medida em que somos os profissionais que privamos de perto, durante o internamento, e, podemos vir a facilitar esse processo de mudança, no sentido de estarmos despertos para a realidade de que o puerpério é um período de tempo suscetível de alterações psiquiátricas. Pode ser uma situação transitória, denominada de *postpartum blues*, caracterizada por alterações de humor, irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e crises de choro.

Esta situação, afeta cerca de 40 a 80% das puérperas e é por volta do 5º dia pós parto que os sintomas são mais intensos e ao fim de duas semanas resolvem-se finalmente. Não lidamos com nenhuma destas situações, pois o tempo de internamento, como já foi referido, é escasso. Todavia sempre que observávamos algum comportamento que nos parecia mais desajustado à adaptação à parentalidade e transição situacional, sugerimos aumentar os períodos de descanso e alertar os familiares para a necessidade de reforço do suporte familiar (Graça, 2010).

Os pais eram orientados e instruídos nos cuidados ao RN como o banho, os cuidados ao coto umbilical, a mudança da fralda e, muito importante, a lavagem das mãos antes e após a prestação de cuidados ao RN. Eram, também, orientados e instruídos sobre a eliminação vesical e intestinal do RN, esclarecendo que se espera a mudança de 6 a 8 fraldas com urina e cerca de 4 defeções por dia, de forma a tranquilizar os pais. Também orientamos e instruímos os pais sobre os padrões de sono do RN, sobre os seus diferentes choros e sobre as estratégias para o acalmar (Lowdermilk e Perry, 2002). Apesar destes aspetos já terem sido abordados nas aulas de preparação para o parto, entendemos ser importante o reforço positivo dos mesmos.

Nos casos de manifestação de dor pelo RN, tinha como etiologia, as cólicas. As massagens, a estimulação do ânus, a posição do RN eram explicadas por nós aos pais.

Os cuidados ao coto umbilical são de tal forma importante, que tal como Cranley e Ziegel (1986, pág. 526) referem *“é aconselhável dar à mãe uma oportunidade para cuidar do umbigo antes de deixar o hospital, especialmente se ela demonstrar ansiedade com relação a tal procedimento”*, como foi possível verificar em algumas puérperas. Os sinais de infeção: exsudado esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor, rubor na pele circundante, eram, de igual forma ensinados e explicados aos pais.

As principais dúvidas dos pais residiam sobre a eliminação urinária, intestinal e a amamentação. Foram desenvolvidas intervenções para capacitar os pais para o autocuidado. Se o RN era alimentado corretamente esperava-se seis a oito mudanças de fralda com urina e, cerca de quatro defeções por dia. Os cuidados com a prevenção de eritema da fralda foram igualmente informados.

Capacitar os pais a estarem atentos aos sinais e sintomas dos RN filhos de mães diabéticas, foi uma das nossas preocupações. Pois neste módulo de estágio foi frequente prestar cuidados a RN filhos de mães diabéticas. De todos os problemas associados à diabetes aquele que mais se evidenciou foi a hipoglicemia nos RN. Estas situações reverteram após alimentar o RN com leite adaptado, sem necessidade de medidas mais extremas. A amamentação exerce um efeito antidiabetogénico para benefício do RN e para satisfação da mulher (Lowdermilk e Perry, 2002).

A icterícia é outro dos problemas fisiológicos do RN identificado no puerpério imediato que inicialmente surge na cabeça e depois avança para as extremidades. A icterícia no RN define-se como a coloração amarela da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina, o que se verifica quando esta excede 5 mg/dl no sangue (Consensos de neonatologia, 2004). Estamos, assim, perante uma das preocupações muito acentuadas dos pais. A ansiedade em saber se o filho terá ou não de ficar internado a fazer fototerapia. É fundamental promover a hidratação do bebé, pois a luz aumenta a perda insensível de água, pondo em



risco que o bebé fique desidratado. É importante alertar a mãe sobre a necessidade de uma mamada eficiente para manter o equilíbrio hidroelectrolítico.

A nossa preocupação imediata passa pela prevenção da hipotermia, visto que o RN apresenta uma tendência para perder o calor rapidamente, promovendo o aquecimento controlado do RN. A perda de calor nos RN ocorre de quatro maneiras: convecção, radiação, evaporação e condução (Didona et al, 1997).

Era também da nossa responsabilidade colaborar na realização do rastreio auditivo antes do RN ter alta. Explicávamos aos pais o motivo da sua realização e referenciávamos ao pediatra de serviço caso o rastreio fosse inconclusivo.

O analgésico de excelência usado no berçário do serviço de obstetrícia é o paracetamol PO, claro que só era administrado quando o RN manifestasse dor. Uma situação que pode causar dor é a bossa sero-hemática, resultante de um parto distócico (ventosa ou fórceps).

A amamentação é o ato de alimentar o RN com leite materno. As vantagens e os problemas da amamentação foram abordados a alguns casais que se mostravam receosos face à tarefa da amamentação e com muitas dúvidas sobre a posição correta do RN (pega correta), a duração e a frequência das mamadas e cuidados com as mamas.

Como é do conhecimento de todos os profissionais da área da Saúde Materna e Obstetrícia, em 1990, através de uma declaração conjunta designada por «Declaração de Innocenti», a OMS e a UNICEF ("United Nations Children's Fund") reconhecem que o aleitamento materno constitui um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, tendo assumido como código de conduta um conjunto de passos / medidas que são conhecidas como "Dez Medidas para um Aleitamento Materno com sucesso".

Em Portugal, existem cinco hospitais Amigos do Bebé. Os profissionais de saúde da instituição hospitalar têm implementado as medidas, para alcançar a certificação e o título de Hospital Amigo do Bebé. Assim, colaboramos com os mesmos, ao desenvolver as competências do EEESMO e fomentar as medidas para o sucesso da amamentação.

Hannah Lothrop (2000) referindo-se às vantagens do aleitamento materno afirma que as crianças amamentadas mamam o volume necessário, na frequência necessária, para saciar a fome, encontrando o seu ritmo e desenvolvendo uma relação sadia com o alimento, razão pela qual é raro virem a desenvolver problemas graves de obesidade e futuras dependências (por alimentos, nicotina, álcool) que frequentemente representam uma compensação para carências vivenciadas.

De acordo com a OMS, o leite materno é um alimento completo e natural, adequado a quase todos os RN, com algumas exceções. Outra área de intervenção é a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Sendo o CHVNG/E um hospital Amigo do Bebé, pretende promover a adoção dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno

preconizados pela OMS e pela UNICEF em 1991. São explicadas às puérperas as vantagens do aleitamento materno, a técnica da amamentação, a forma de manter a lactação, o porquê de evitar o uso de chupetas ou mamilos artificiais em caso de bebês amamentados, substituindo o biberão pelo copo, com algumas exceções, como o RN ter reflexos débeis e as mães terem mamilos rasos ou fissurados. As dificuldades que as puérperas mais verbalizavam como sendo um problema, era a adaptação do RN à mama. Assim sendo foram ensinados à mãe quais os sinais de uma boa pega – boca aberta, lábio inferior invertido, bochechas redondas, queixo junto à mama. Foi também importante assistirmos à mamada, de forma a poder corrigir a pega e corrigir o posicionamento do bebê, caso fosse necessário. O que faz com que o bebê não faça uma boa pega é o fato de estar ainda a dormir; claro que é necessário estimulá-lo, acordando-o bem antes da mamada, mudar a fralda e despir o máximo possível o RN, para que este esteja bem desperto e faça uma boa pega, adaptando-se bem à mama.

Quando os RN têm fome, choram vigorosamente até que as suas necessidades sejam preenchidas, fazem movimentos da mão para a boca e de mão para mão, movimentos de sucção, movimentos periorais e abocanhar. As puérperas ficavam inseguras se o seu leite alimentava ou não o seu filho, porque muitas vezes o RN chorava mais do que o habitual. As puérperas foram ensinadas a reconhecer os sinais de fome e saciedade do RN, sabendo assim se ele precisava de mamar ou não (Lowdermilk e Perry, 2002).

A prática corrente no serviço de obstetrícia é que as mães devem permitir que o RN esvazie uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra; na mamada seguinte deve iniciar a amamentação pela mama mais cheia. A evidência científica diz que o leite inicial é mais rico em água e lactose e à medida que a mamada prossegue o leite vai tendo cada vez mais gordura, o que permite ao RN aumentar de peso. Existem duas hormonas importantes no desenvolvimento da amamentação: a prolactina e a ocitocina. A prolactina prepara as mamas da mulher para a produção do leite, já a ocitocina é a hormona responsável pelo reflexo de ejeção do leite.

Nos primeiros minutos, horas e até dias após o parto há uma libertação intensa de ocitocina durante as mamadas. Um período de contato da mãe com o bebê durante este período pode alterar o comportamento posterior da mãe para com a criança. Níveis sanguíneos elevados de ocitocina para além de resultarem na contração das células mioepiteliais dos alvéolos da glândula mamária, com a consequente ejeção do leite, e na contração da musculatura do útero, diminuindo a hemorragia uterina no pós-parto determinam também na mãe um relaxamento, uma leve sonolência, uma sensação de bem-estar, uma euforia, limiar à dor e ao cansaço, aumentando o seu sentimento de mais amor pelo bebê (Lana, 2001).

Algumas mulheres relatam sensação de alfinetadas nas mamas aquando da ejeção do leite, outras dizem que só o percebem pela observação da sucção e deglutição do RN. A ejeção do leite também ocorre durante a atividade sexual, pois a ocitocina é libertada no orgasmo (Lowdermilk e Perry, 2002).

Os benefícios do aleitamento materno são para a mãe e para o bebé. O leite materno previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tem efeito protetor sobre as alergias e faz com que os bebés se adaptem melhor a outros alimentos. No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros; a perda de peso materno é também acentuada com uma amamentação bem instituída. Em especial permite à mãe sentir prazer ao amamentar.

As complicações com que nos deparamos com maior frequência foram o ingurgitamento mamário e as fissuras/macerações do mamilo. O ingurgitamento mamário geralmente ocorre entre o 3º e o 5º dia pós-parto. Devemos promover a amamentação de 2/2 horas, na tentativa de esvaziar pelo menos uma mama em cada mamada e extraíndo o leite para ficar mais flácida a segunda. O uso de anti-inflamatório diminui o edema e a dor e eventualmente a febre. A aplicação de gelo sobre as mamas alivia a dor, tornando a aréola menos turgida o suficiente para promover uma boa pega. A massagem da mama no duche quente também é um fator que alivia o ingurgitamento mamário; a extração manual ou com bomba do leite antes da mamada, permite igualmente que a mama fique mais mole, facilitando a sucção do RN (Lowdermilk e Perry, 2002).

No caso das fissuras, as intervenções preconizadas no serviço de obstetrícia eram a aplicação de leite à volta do mamilo no fim de cada mamada, para promover e favorecer a cicatrização dos mesmos. É essencial a lavagem eficaz das mãos aquando destes momentos. As fissuras acontecem na maior parte das vezes devido à técnica da mamada incorreta.

Sendo o internamento no período do puerpério muito curto, nos partos eutócicos ocorre até 48 horas e nas cesarianas até 72 horas reconhecemos como urgente preparar o regresso a casa, desde o início do internamento. Tentamos rentabilizar este período de tempo não sobrecarregando a mulher com demasiada informação, mas adequando as intervenções às reais necessidades da puérpera/RN/família. Alertamos, também a puérpera sobre a dieta, exercício, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual, entre outros, tal como propõe (Lowdermilk e Perry, 2002).

Já mencionamos ao longo do trabalho a importância da puérpera realizar exercícios pós-parto logo após o nascimento, começando de forma progressiva dos mais simples até aos mais complexos. Os exercícios de Kegel são os mais mencionados na literatura e são

importantes para manter a musculatura pélvica que suporta a bexiga e a uretra, reduzindo o risco de incontinência urinária (Cunningham, 2012). Chiarelli e Cockburn (2002) publicaram um estudo randomizado, realizado para reduzir a prevalência e gravidade da incontinência urinária. Os autores demonstraram que uma intervenção multifactorial, que incluía exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, foi eficaz.

Também orientamos o casal para a importância do planeamento familiar, reforçando junto da puérpera qual o método de contraceção mais apropriado, depois do regresso a casa. É fundamental que o método de contraceção fique definido antes do recomeço da atividade sexual, apesar de no puerpério imediato a libido estar adormecida (Rezende, 2008).

A mulher deve ter alta a saber que a Cerazette é a única pílula progestativa compatível com a amamentação e a puérpera deve começar a toma-la às seis semanas pós-parto. Aconselhamos a não iniciar a atividade sexual antes das 2 a 4 semanas pós-parto, pois existe nesse período o risco de hemorragia e infecção.

Ao longo da comunicação com a grávida e puérpera um dos aspetos que pudemos constatar é que a atividade sexual durante a gravidez e após o parto continua a ser um tabu, razão pela qual decidimos fazer uma pesquisa intensa sobre este problema que e será explanado no capítulo seguinte.

Pugnar pela qualidade de cuidados, foi o apanágio com que entramos no caminho desta aprendizagem, para desenvolver e adquirir competências. Todavia, sentimos que apesar do grande esforço de toda a equipa de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, ainda existe algum caminho por desbravar.

Nos primeiros dias de estágio apercebemo-nos que o rácio enfermeiro – puérpera/recém-nascido e a dinâmica do serviço, entre outras coisas, muito contribui para esta situação. A cada turno prestamos cuidados de enfermagem a uma média de 11 puérperas e respetivos recém-nascidos, o que nos deixou com uma sensação de insatisfação, pois ao refletir sobre o nosso quotidiano, no final de cada turno, tínhamos a nítida necessidade de reestruturar a nossa abordagem ao plano de cuidados e organização do tempo em função das múltiplas puérperas atribuídas para cuidar. Aos poucos fomos procurando estruturar melhor o pensamento, para tentar colmatar todas as falhas e assim procurar melhorar os cuidados de enfermagem prestados, mas nem sempre foi tarefa fácil. Quando nos era atribuída a mesma puérpera/recém-nascido por mais do que um dia, a tarefa ficava facilitada pois podíamos estruturar o nosso plano de cuidados de forma diferente e assim permitir que estes fossem adequadamente ajustados às necessidades reais em necessidades de cuidados, e envolver, também a família de forma mais abrangente

O estágio neste serviço iniciou-se no dia 23 de Abril e terminou no dia 29 de Junho de 2012, e ao longo do mesmo planeamos e executamos cuidados de enfermagem a cerca de 266 puérperas e respetivos recém-nascidos e família.

## 2.5 Outras atividades relevantes

Ao longo do estágio procuramos aproveitar e participar em todas as atividades no sentido de promover a nossa aprendizagem rumo às competências a adquirir e a desenvolver, bem como procurar evidências científicas que pudessem, de alguma forma, sustentar a nossa prática em evidências.

Uma das oportunidades que surgiu, ao longo deste módulo de estágio, foi podermos participar, como formadores, na formação em serviço com o tema “Norma de Educação para a Saúde no Puerpério – preparação do regresso a casa e da alta hospitalar -”. Esta foi uma atividade que nos deu um grande prazer de realizar. Através desta participação, para além de termos desenvolvido este trabalho para formar, conseguimos angariar, para o serviço, um banco de automóvel para se poderem realizar os ensinamentos aos pais como colocar a cadeira no veículo e como apertar a cadeira de transporte do RN.

**FIGURA 2 - Colocação da cadeira de transporte no veículo automóvel**



Surgiu também a oportunidade de participarmos em duas formações em serviço, como formandos, com os temas: “CIPE/SAPE – Uniformização do Plano de Cuidados” e, também, outra ação de formação sobre a “Importância do Promil no estímulo do aleitamento”.

### **3. A SEXUALIDADE E A INTIMIDADE DO CASAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

O interesse por esta temática, em estudo, emergiu da observação ao longo do estágio, ao constatar que a atividade sexual durante a gravidez e após o parto, para o casal continua a ser um tabu, quer entre o próprio casal, quer na forma como era notória a relutância em falar abertamente sobre o assunto com os profissionais. Todavia, também era visível que pairava muita dúvida, e incerteza sobre a forma de fazer essa abordagem, numa dupla perspectiva; por parte da mulher/casal, e também algum desconforto nos profissionais para fazer a abordagem à sexualidade do casal. Pretendemos, então, com este estudo, identificar que tipo de práticas emancipatórias pode desenvolver o EEESMO, para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade, no processo de maternidade, como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal. Assim, sob a forma de revisão integrativa, este estudo, com ênfase na sexualidade como fenómeno integrante da intimidade do casal surge, também, de forma a dar resposta à manifesta necessidade de mobilizar conhecimentos de suporte à prática baseada em evidências e desenvolver competências na área da investigação.

Os motivos que levam os casais a não falarem sobre o assunto são a vergonha, o medo e o desconforto em falar deste assunto. Por outro lado, também os profissionais de saúde não estão predispostos a abordar o assunto, nem durante a gravidez, nem durante o período pós-parto (Sydow, 1999). O que se verifica é que, para além da temática da contraceção, apenas uma pequena percentagem de mulheres aborda com os profissionais de saúde, e sempre em contexto de consulta, outros assuntos relacionados com a sexualidade no período pós-parto (Barrett et al, 1999; Abdool, Thakar e Sultan, 2009).

É um desafio abraçar esta temática no sentido de a liberalizar no ambiente dos cuidados à grávida/parturiente/puérpera/companheiro.

A questão da sexualidade é mais difícil ainda de abordar se a gravidez for patológica/complicada e de igual forma se o puerpério apresentar complicações maternas

e/ou neonatais. Promover uma gravidez e um puerpério o mais saudáveis possível, atenua as preocupações da grávida/puérpera, diminuindo os níveis de ansiedade e de insegurança quanto à vida íntima, inerente à sua sexualidade.

É importante termos a noção de que durante a gravidez e puerpério não é apenas a mulher grávida e a mulher puérpera o foco de atenção dos nossos cuidados, mas também o marido/companheiro. Não é apenas a mulher que atravessa um período de mudança e adaptação, o homem também o tem que transpor. O casal vivencia um processo de transição e adaptação à parentalidade e isso irá refletir-se na vida íntima do casal.

Qualquer circunstância diferente do normal ao longo da gravidez e puerpério aumenta os níveis de ansiedade e insegurança do casal na sua atividade sexual. Neste sentido, é fundamental estarmos atentos e minimizar estas preocupações, favorecendo e promovendo uma sexualidade a mais harmoniosa quanto possível.

### **3.1. Introdução à problemática**

Ao longo da história da Humanidade apareceram tabus difíceis de ultrapassar e, na sua opinião, um deles foi sem dúvida o da sexualidade. É curioso como se confunde sexualidade com atividade sexual e no fundo são coisas bem diferentes (Leal, 2005). João Paulo II (1982) citado por Pinto (2005:200) refere que a sexualidade humana consiste “num dinamismo que atinge a vida toda do homem, desde a concepção até à morte, corpo, alma e sentimento, e o leva à realização de si, sob um projeto de vida”. Se interpretarmos esta afirmação, crentes de que por trás de tudo isto existe um Deus criador, que disse ao ser humano em Génesis 1:28 “Crescei, multiplicai-vos e dominai a terra”, então, para quem acredita, faz sentido que essa mesma afirmação se cumpra integrada num projeto de vida. A definição atual de sexualidade aceite de forma relativamente consensual ao nível internacional é a da OMS: “A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual (Who,2003).

A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso, influencia a nossa saúde física e mental (Nodin, 2003). A função sexual constitui uma parte elementar da personalidade de cada pessoa e uma baliza no relacionamento do casal, com um impacto óbvio na qualidade de vida (Who, 2002).



De acordo com Silva e Figueiredo (2005) citado em Fontes (2009) a gravidez e o período pós-parto são processos bem definidos, limitados no tempo e estreitamente relacionados com o processo de reprodução humana. Abarcam um grande número de mudanças pessoais e interpessoais, aos seguintes níveis: biológico, psicológico, cognitivo, emocional e comportamental, integrando um verdadeiro repto à habilidade de adaptação do indivíduo. Uma sexualidade saudável durante a gravidez e durante o puerpério é uma etapa fundamental para a preparação/consolidação da parentalidade (Serati et al, 2012).

Quando falamos de gravidez esquecemo-nos de que esta está estreitamente ligada à sexualidade e à intimidade e de que é uma consequência direta do comportamento sexual e da relação de intimidade que se estabeleceu entre os elementos do casal. Quando a mulher descobre que está grávida a sexualidade do casal é afetada por medos e por dúvidas angustiantes. Após o parto, o casal mantém as dúvidas e medos e, por vezes, desenvolve mudanças significativas que alteram a sua vida íntima.

A transição para a parentalidade consiste numa fase de crise que origina grandes mudanças, tanto para o homem, como para a mulher. Quando o nascimento de um filho ocorre, tenha sido ou não desejado, é constituída uma nova família. O homem e a mulher assumem novos e importantes papéis, até então eram somente companheiros e filhos, a partir de agora assumem-se nos papéis de pai e mãe. Para que esta transição se dê o mais serenamente possível é importante e necessário o casal tomar consciência da vinda da criança e dos novos papéis e funções, conseguindo a integração dos mesmos num todo pré-existente, com a consequente reorganização dos mais antigos (Canavarro, 2001).

As alterações nas atitudes sexuais e labilidade emocional, características da gravidez e do pós-parto, podem causar perturbações mesmo nos relacionamentos mais estáveis (Colman e Colman, 1994). A vivência plena da sexualidade neste período de crescimento e desenvolvimento da relação do casal deve ser assumida com plena cumplicidade. Só desta forma é possível vivenciar esta crise, fortalecendo os laços maritais e tornando-a numa transição saudável para o casal.

A vivência da sexualidade durante a gravidez e no pós-parto é, direta ou indiretamente, influenciada por um turbilhão de mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais.

De acordo com Silva e Figueiredo (2005) citado em Fontes (2009), a gravidez e o período pós-parto compõem etapas críticas para o princípio ou aumento de problemas de carácter sexual entre o casal, confirmando-se uma decréscimo do desejo, do interesse e da atividade sexual durante essas etapas.

### 3.2. Método

A opção metodológica deste estudo está centrada num estudo de abordagem qualitativa, sobre o tema da sexualidade ao longo da gravidez e do pós-parto. Para tal, optou-se pela revisão integrativa da literatura que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Silveira, 2005 cit. por Souza et al, 2010).

A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (Pompeo; Rossi; Galvão, 2009).

De uma forma geral, as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa são a escolha do tema e a definição da pergunta de partida, a pesquisa da evidência existente, a recolha dos dados e sua categorização, a análise crítica dos estudos incluídos, a interpretação e discussão dos resultados e a sinopse do conhecimento (Mendes, Silveira e Galvão, 2008) (Souza, Silva e Carvalho, 2010) (Whittemore e Knafl, 2005).

Partindo do que já foi referido, desenvolveu-se a seguinte questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: **Que desafios se colocam ao EEESMO para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal?**

Após a formulação da pergunta foi importante, para a pesquisa em bases de dados, encontrar as palavras-chave ou descritores que melhor escrutinassem a questão em investigação. Os descritores utilizados foram: “sexuality”, “pregnancy”, “postpartum”, “education” e “couple”.

A estratégia de identificação da evidência existente e seleção dos estudos foi a pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados MEDLINE with full texto, CINAHL Plus with full texto, Cochrane Database of Systematic Reviews, NICE e a Academica Search Complete, desde janeiro de 2012 a janeiro de 2013, através da plataforma EBSCO host.

Os critérios para a inclusão de estudos englobam todos os artigos relacionados com a temática em análise: as vivências e medos do casal acerca da sexualidade na gravidez e no pós-parto, assim como a educação para a sexualidade realizada por profissionais de saúde, apresentados em texto integral (full texto) disponíveis para análise, de revisão de literatura

ou ensaios clínicos, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol entre 2005 e 2013. Os artigos excluídos foram os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão acima mencionados.

Sendo a investigação em enfermagem na área da sexualidade durante a gravidez e o pós-parto ainda muito reduzida, não se conseguiu identificar uma intervenção clara que cause um determinado resultado. Pretendemos, sim, tentar descobrir qual a intervenção ou conjunto de intervenções que nos levem a obter o resultado pretendido.

### **3.3. Resultados**

Usando a estratégia de pesquisa já anteriormente descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados inúmeros artigos, sendo alguns repetidos. Muitos foram rejeitados porque não se relacionavam com o tema em estudo ou apresentavam conteúdos relacionados com outras disciplinas, afastando-se da investigação em enfermagem. Dos 10 artigos selecionados e incluídos nesta revisão integrativa da literatura, selecionaram-se revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados.

Na tabela seguinte é efetuada a análise dos artigos selecionados para esta revisão da literatura, onde se especifica a informação referente ao título, ano de publicação, fonte, país, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados, conclusões dos autores e nível de evidência dos artigos.

Quando se procura evidência sobre um modelo parecido e/ou resultado de um problema de saúde, os artigos de revisão sistemática, os estudos de coorte ou estudos de casos-controlados oferecem o mais alto grau de evidência para a problemática em estudo (Craig et al., 2004). É assim importante nesta revisão integrativa da literatura determinar o nível de evidência dos artigos selecionados.

Tendo em conta que nem toda a evidência pode ser utilizada para tomar decisões sobre os cuidados de saúde prestados, a finalidade da apreciação crítica baseada na prática, baseada na evidência é decidir se a qualidade do estudo de investigação é suficientemente boa para que os resultados possam ser utilizados de forma a responder à questão colocada pelo profissional de saúde (Craig et al., 2004), que é o que se pretende nesta revisão integrativa da literatura. De acordo com o Center for Evidence-Based Medicine, de Oxford, existem tópicos de apreciação crítica dos estudos de investigação e, no presente trabalho, a

apreciação do nível de evidência dos estudos analisados foi realizada de acordo com o referido guia.

**TABELA 1 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa**

Título do artigo	Autores (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth	SERATI, M SALVATORE, S SIESTO, G CATTONI, E ZANIRATO, M KHULLAR, V CROMI, A GHEZZI, F BOLIS, P 2010	Pubmed Londres	Avaliar as evidências disponíveis e definir o conhecimento atual sobre a função sexual feminina durante a gravidez e após o parto.	Revisão sistemática de artigos Pubmed (apenas incluem estudos de coorte retrospectivos e prospectivos). Revisão de 48 artigos.	A função sexual tem uma diminuição significativa global durante a gravidez, particularmente no terceiro trimestre e esta persiste durante 3-6 meses após o parto. A falta de informação adequada sobre sexo na gravidez e as preocupações sobre os efeitos adversos possíveis nos resultados obstétricos são os fatores mais relevantes responsáveis para evitar a atividade sexual durante a gravidez. Aleitamento materno, dispareunia e disfunção do assoalho pélvico pós-parto foram relatados como possíveis causas para o atraso em retomar as relações sexuais depois do parto.	Os casais devem ser informados sobre o declínio do desejo, libido e orgasmo, comumente encontrado durante a gravidez, particularmente no último trimestre e puerpério que pode conduzir a uma redução na frequência da relação sexual.	I
Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review	FOUX, R. 2008	Reino Unido	Ainda há pouco apoio/educação oferecido ao casal durante a gravidez e o puerpério para ajudar a normalizar as suas preocupações e medos acerca das mudanças no seu relacionamento sexual. Na verdade, há relativamente pouca pesquisa feita sobre sexo durante a gravidez ou o impacto da sexualidade no parto. Esta revisão visa, em primeiro lugar, explorar o que existe atualmente na bibliografia sobre sexualidade na gravidez e investigar o que é necessário dentro do sistema de saúde para apoiar e educar sexualmente o casal grávido durante a transição para a parentalidade.	Revisão de artigos.	A autora refere que os casais/grávidas e os seus filhos, estão a ser subvalorizados por um sistema que não está a tentar ajudá-los ativamente neste momento, sobretudo tendo em conta as taxas de divórcio crescentes entre os novos pais.	Existem argumentos baseados em evidências fortes a favor da discussão acerca de sexo e relacionamentos em todas as oportunidades, devendo os profissionais de saúde ter acesso aos vários recursos para oferecer educação sexual e apoio, dentro dos limites éticos. O autor acredita que a promoção de valores sexuais saudáveis na gravidez é vital e urgente. A autora recomenda medidas imediatas para integrar uma melhor prestação de cuidados para todos os grupos de clientes, bem como uma investigação mais aprofundada sobre a relação entre sexualidade e o parto.	I
Sexuality During	PAULETA, JR. PEREIRA, NM.	Portugal	Avaliar as mudanças nas percepções e atividade sexual durante a	Estudo de coorte: puérperas foram convidadas a	O primeiro trimestre foi considerado o período com maior atividade sexual, seguido pelo segundo	O padrão de satisfação sexual não se altera durante a gravidez	I

Pregnancy	GRAÇA, LM 2009		gravidez e determinar disfunções sexuais nesse período.	preencher um questionário anônimo autoadministrado e estruturado no dia da alta hospitalar. Amostra: 188 mulheres, com idades compreendidas entre 17 e 40 anos.	trimestre. 55% das mulheres, reportou uma diminuição da atividade sexual durante o terceiro trimestre. Medo da relação sexual foi referido por 23,4% das mulheres inquiridas. A satisfação sexual encontrou-se inalterada em 48.4% das mulheres e diminuída em 27,7% das inquiridas. O desejo sexual encontra-se inalterado em 38.8% e diminuído em 32,5% das mulheres. Sexo vaginal, oral e anal e masturbação foram praticados por 98.3%, 38.1%, 6.6%, e 20.4% das mulheres, respetivamente.	comparativamente com o padrão pré-gravídico, apesar de poder observar-se um declínio da atividade sexual durante o terceiro trimestre. Os profissionais de saúde devem realizar uma abordagem sobre mudanças esperadas na sexualidade a fim de melhorar a percepção dos casais acerca das possíveis modificações sexuais induzidas pela gravidez.	
Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum]	JOHNSON, C.E. 2011	Medline and Pubmed USA	Realizar uma revisão completa da literatura sobre os efeitos da gravidez e o período pós-parto na saúde sexual e bem-estar de um casal.	Revisão sistemática de publicações relevantes na Medline e PubMed sobre os efeitos da gravidez e do parto na saúde sexual com foco especial sobre as características físicas, hormonais, alterações, psicológicas, sociais e culturais que podem ocorrer durante o pré-parto, parto e período pós-parto.	Apesar dos receios e mitos sobre a atividade sexual durante a gravidez, a manutenção da sexualidade durante a gravidez e o período pós-parto pode promover a saúde sexual, bem-estar e sentimento de intimidade do casal.	Os profissionais de saúde devem procurar abordar de uma forma clara e aberta a sexualidade durante a gravidez, bem como fornecer orientação antecipatória ao casal sobre as mudanças esperadas na saúde sexual durante a gravidez. Os profissionais de saúde devem igualmente promover a elaboração de estudos baseados na evidência de forma a aumentar o leque de conhecimento acerca da função sexual durante a gravidez e o pós-parto.	I
A prospective analysis of sexual functions during pregnancy	ASLAN, G. ASLAN, D. KIZILYAR, A. ESEN, A. 2005	Internacional Journal of Impotence Research Turquia	Avaliar as funções sexuais durante a gravidez usando o questionário Female Sexual Function Index (FSFI).	Estudo prospetivo/coorte. Os participantes foram convidados a preencher o questionário FSFI e outras informações sobre sua vida sexual em cada trimestre. Amostra: Estudo realizado com 40 gestantes saudáveis. As mulheres grávidas que tinham uma relação estável com o seu parceiro foram incluídas no estudo, quando	A comparação dos índices de satisfação e dor de domínio entre primeiro e segundo trimestres apresentaram diferenças significativas. Todos os scores dos restantes domínios avaliados diminuíram significativamente no terceiro trimestre de gravidez. Os resultados mostraram que as funções sexuais diminuem significativamente durante a gravidez e têm tendência a piorar com o progresso da gravidez.	Casais em idade reprodutiva devem ser informados sobre os problemas sexuais e as flutuações nos padrões de sexualidade durante a gravidez.	I

				lhes era diagnosticado pela primeira vez a gravidez nas consultas pré-natais. Alterações hormonais, psicológicas, sociais e culturais que podem ocorrer durante o pré-parto, parto e período pós-parto.			
Maternal Sexuality after Child Birth among Iranian Women	Shirvani,M.A.; Nesami, M.B.; Bavand, M. 2010	Pakistan Journal of Biological Sciences Irão	Avaliar as funções sexuais durante a gravidez usando o questionário Female Sexual Function Index (FSFI).	<p>Estudo prospetivo/coorte. Foi preenchido um questionário para cada mulher com informações variadas sobre elas e utilizando os seus relatórios médicos (fatores sociodemográficos, história obstétrica e médica, último parto e historial pós-parto, práticas contraceptivas após último parto). Foi ainda preenchido um questionário Female Sexual Function Index (FSFI) com 19 itens por cada mulher.</p> <p>Amostra: Estudo realizado com 490 mulheres que obedeciam a 4 critérios: frequentar os serviços de saúde por um período de 6 semanas a 1 ano após o parto, ser suficientemente escolarizada para completar o questionário, concordar em participar no estudo e ser casada. Os critérios de exclusão foram: perda do bebé, viver longe do companheiro, problemas</p>	<p>O reinício das relações sexuais está entre os 15 a 210 dias após o parto. 24 mulheres não tinham relações sexuais. As razões mais <u>comuns eram o medo da dor, falta de interesse, preocupação com outra gravidez, cansaço e sangramento.</u> Todas as funções sexuais da mulher estavam no nível mais baixo logo a seguir ao parto. A atividade sexual estava diretamente relacionada com a idade da mãe, casamentos com longa duração e elevado número de filhos. Doenças maternas, problemas neonatais e laqueação das trompas foram associados com níveis mais baixos de função sexual. Não ficou demonstrada nenhuma relação com o tipo de parto ou com lesões no períneo. Os parâmetros sexuais baixam no primeiro trimestre pós-parto e há uma recuperação nos meses seguintes.</p>	A maior mudança na função sexual pós-natal é a redução dos parâmetros sexuais nos primeiros três meses. A recuperação, na maioria dos casais, dar-se-á nos meses seguintes. As dificuldades sexuais experimentadas no pós-parto causam angústia, problemas relacionais e influenciam a sua qualidade de vida e o seu bem-estar físico e mental. Portanto, tem de haver um aumento das consultas para reconhecimento e gerência dos problemas sexuais pós-natais.	I

				psicológicos e problemas médicos graves.			
Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women	BABAZADEH, R. MIRZAI, K. MASOMI, Z. 2012	International Journal of Gynecology and Obstetrics Irão	Avaliar a percepção que as mulheres de Shahrud, Irão têm sobre a atividade sexual durante a gravidez.	A informação foi recolhida durante 4 entrevistas de grupo semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas e o seu conteúdo foi codificado, categorizado e analisado qualitativamente. Amostra: 33 mulheres grávidas que frequentavam duas clínicas de obstetrícia de um hospital universitário em Shahrud.	A maioria das mulheres relatou um decréscimo do desejo sexual e da frequência da atividade sexual durante a gravidez, no entanto, o desejo sexual aumentou para 18,2% das mulheres. Algumas sentiam que aceitar ter relações sexuais prevenia a infidelidade por parte do companheiro, mas 65,2% tinham a preocupação de que isso pudesse causar danos ao feto. Só 24,2% receberam, por parte do seu médico ou parteira, informação sobre a conveniência da atividade sexual durante a gravidez e as outras 75,8% entendiam que deviam discutir o assunto com um profissional, mas não se sentiam à vontade para iniciar a conversa.	Em simultâneo com uma ansiedade excessiva, informação insuficiente é a razão principal pela qual as relações sexuais são consideradas perigosas, e por vezes evitadas, durante a gravidez no Irão. Os profissionais de saúde, especialmente as parteiras, devem educar e aconselhar as mulheres e garantir-lhes que a atividade sexual é segura em mulheres grávidas saudáveis.	
Sexual behaviour and activity in Chinese pregnant women	FOK, W. Y., CHAN, L.Y., YUEN, P.M. 2005	Acta Obstétrica et Gynecologica Scandinavica Hong Kong	Avaliar atividades, atitudes e complicações sexuais relacionadas com relações sexuais entre mulheres chinesas grávidas e estudar a sua fonte de informação.	Estudo transversal prospetivo. As mulheres preencheram um questionário anónimo auto-administrado. A sua experiência sexual e a sua sexualidade foram analisadas e comparadas nos vários trimestres. Amostra: 298 mulheres chinesas grávidas.	93% das mulheres grávidas relataram uma redução global nas suas atividades sexuais durante a gravidez. De entre estas atividades, as relações sexuais vaginais diminuíram significativamente no terceiro trimestre. Para além da gestação, a idade materna avançada e a nuliparidade foram fatores independentes associados à redução das relações sexuais vaginais. Um número significativo de mulheres, bem como os seus parceiros, experimentaram uma redução do desejo e prazer sexual. Muitos também se preocupavam com os efeitos adversos da atividade sexual para o feto. No entanto, menos de 12% tiveram complicações após o coito. Entre estes, apenas 9,4% discutiu sexualidade com os seus médicos e só metade deles teve a iniciativa de levantar este tema.	As mulheres grávidas chinesas têm menos atividades e desejo sexuais durante a gravidez. A cultura, conhecimento inadequado e ansiedade excessiva são susceptíveis de serem os fatores mais importantes para esta redução da sexualidade nos casais chineses. Os profissionais de saúde deveriam desempenhar um papel mais proactivo no fornecimento de mais informação para aliviara sua ansiedade.	
Sexual Initiative and Intercourse Behavior During Pregnancy Among	SACOMORI, C, CARDOSO, F.L. 2010	Journal of Sex & Marital Therapy Brasil	Investigar o comportamento de mulheres grávidas no que diz respeito à iniciativa sexual e mudança nas posições durante as relações sexuais.	Design do estudo: Este foi um estudo descritivo e inferencial com uma amostra não probabilística que usou um processo de recolha de dados retrospectivo.	Iniciativa sexual: ♦antes da gravidez: ambos os parceiros – 65.6%; masculino – 29.2%; feminino – 5.2%. ♦primeiro trimestre da gravidez: ambos os parceiros - 53,6%; masculino – 39.2%; feminino – 7.2%. ♦segundo trimestre: ambos os parceiros - 36.2%;	Antes da gravidez, ambos os parceiros iniciavam as relações sexuais, ao passo que durante a gravidez o parceiro masculino é que normalmente iniciava a atividade sexual. Geralmente as mulheres que tomavam a iniciativa sexual, independentemente	



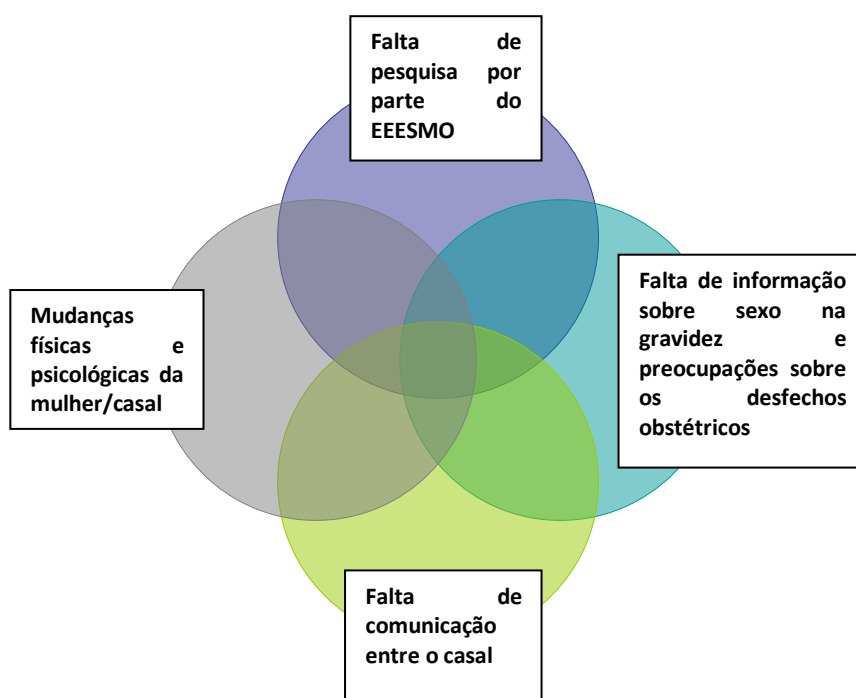
Brazilian Women: A Retrospective Study				<p>Amostra: 156 mulheres brasileiras grávidas com mais de 18 anos e que estivessem no período puerperal imediato (de 1 a 3 dias pós-parto) ou nas últimas semanas de gravidez.</p>	<p>masculino – 50.4%; feminino – 13.4%.          ♦terceiro trimestre: ambos os parceiros – 35.2%; masculino – 47.6%; feminino – 17.2%.          A posição sexual mais adotada até ao segundo trimestre foi a posição missionário. A maioria das posições sexuais demonstrou um declínio gradual ao longo da gravidez que foi estatisticamente significativo. A exceção foi a posição lado a lado, que foi recorrente praticamente ao longo de toda a gravidez.          No que diz respeito à relação entre iniciativa sexual e posições sexuais, os casais que tomavam a iniciativa em conjunto provavelmente tinham melhor comunicação, interação, união e intimidade.</p>	<p>do período gestacional, foram aquelas que mostraram níveis mais elevados de desejo sexual, frequência sexual, excitação sexual e satisfação sexual, sendo também as que davam classificações mais elevadas à intensidade de auto-percepção do orgasmo e à importância atribuída ao sexo nas suas vidas.          Relativamente à posições sexuais há uma adaptação de maneira a acomodar o desenvolvimento físico do feto.          Considerando que homens e mulheres usam diferentes estratégias de intimidade, usando os homens a interação sexual para aumentar a intimidade emocional enquanto as mulheres precisam de intimidade emocional para sentirem intimidade sexual, deverão ser efetuados estudos para investigar a implicação das posições sexuais na intimidade do casal e na satisfação marital, tendo em consideração que a intimidade marital está positivamente correlacionada com a satisfação marital.</p>	
Quality of the Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery	AHLBORG, T., Lars-Gosta DAHLOF, L., HALLBERG, L. 2005	The Journal of Sex Research Suécia	Descrever a qualidade do relacionamento íntimo entre pais seis meses após o nascimento do seu primeiro filho.	<p>Foi utilizado o questionário Modified Dyadic Adjustment Scale.          Amostra: 820 pais pela primeira vez, entre os quais 768 eram casais.</p>	<p>A maioria dos pais eram felizes no seu relacionamento, mas tanto mães como pais estavam descontentes com a diade da sexualidade.          “Estar demasiado cansada para atividade sexual” era um problema especialmente para as mães e a maioria dos casais só mantinha relações sexuais uma ou duas vezes por mês. Não há a indicação de que os casais compensem a falta de sexualidade com sensualidade. Uma boa comunicação entre o casal está associada com níveis mais elevados de várias dimensões de um relacionamento íntimo, especialmente consenso diade e satisfação.</p>	<p>Este estudo mostra que a maioria dos novos pais, seis meses após o nascimento do seu primeiro filho, sente-se muito feliz no seu relacionamento. No entanto, tanto mães como pais estavam menos contentes com a sexualidade diade e os pais eram os mais insatisfeitos com o baixo nível de atividade sexual. Uma das maneiras para estabilizar e fortalecer um relacionamento quando a atividade sexual diade é baixa será enfatizar a comunicação diade e atividades sensuais.</p>	

### 3.4. Discussão

Numa perspetiva de atingir o objetivo do estudo, comparámos o conhecimento teórico já existente com os resultados decorrentes da revisão integrativa, analisando e interpretando os estudos incluídos (Mendes et al., 2008).

As conclusões que se retiram da seleção dos artigos que reuniram os critérios de inclusão estão descritas na figura abaixo:

**FIGURA 3 – Conclusões emergentes da análise dos artigos**



A conclusão *major* que se retira da seleção dos artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa é que a pesquisa neste âmbito, por parte dos enfermeiros, é diminuta, o que reforça a experiência na prática dos cuidados especializados. Desta forma, perceber que os elementos integrativos específicos de cada artigo diferem em termos de conteúdo, levando assim a uma tentativa de incorporação dos resultados com o intuito de responder à questão de investigação. Procedeu-se à análise de cada artigo relacionado com a temática, reconhecendo as implicações para melhoria de cuidados em saúde. Segundo Johnson (2011), artigo nº. 4, concluímos que a atividade sexual e sexualidade do casal

durante a gravidez e puerpério são afetadas por mudanças físicas e psicológicas resultantes do processo gravídico. Chega-se à conclusão, após a análise dos artigos anteriormente apresentados e consulta simultânea de bibliografia variada, de que a sexualidade é compatível com a gravidez e com o puerpério e que a sua manutenção nestes dois períodos de tempo promove um aumento do bem-estar e da saúde sexual do casal, sendo tal informação transversal e coincidente em toda a bibliografia consultada. De acordo com a informação contida nos artigos n.º 1, 2, 6 e 10 a falta de informação adequada sobre sexo na gravidez e preocupações sobre os efeitos adversos nos resultados obstétricos são os fatores mais relevantes responsáveis para evitar a atividade sexual durante a gravidez. Por sua vez, o aleitamento materno, a dispareunia, a disfunção do assoalho pélvico pós-parto, a falta de interesse, o cansaço, a perda sanguínea e a preocupação com outra gravidez foram relatados como as possíveis causas para o atraso em retomar as relações sexuais depois do parto. Os casais devem ser informados sobre o declínio do desejo, da libido e do orgasmo, mais frequentemente no último trimestre da gravidez e no puerpério, o que conduz a uma redução na frequência da relação sexual (Serati et al., 2010).

A promoção de valores sexuais saudáveis na gravidez é vital e urgente, pois é necessário apoiar e educar sexualmente o casal grávido durante a transição para a parentalidade (Foux, 2008). É então importante realçar o papel do EEESMO ao longo da gravidez e puerpério, como agente facilitador desta transição e agente promotor de uma sexualidade harmoniosa no casal.

As dificuldades sexuais experimentadas no pós-parto causam angústia e influenciam a qualidade de vida e o bem-estar físico do casal. Sendo assim, é importante a frequência das consultas pós-parto para acompanhar e aconselhar quaisquer dúvidas que o casal possa ter sobre a sua sexualidade (Shirvani et al., 2010).

Uma forma de estabilizar e fortalecer um relacionamento quando a atividade sexual do casal é mínima ou nula é enfatizar a comunicação entre o casal, de maneira a que cada um possa expressar os seus sentimentos, as suas dúvidas, os seus medos e, de alguma forma, fomentar uma vida íntima harmoniosa (Ahlborg et al., 2005).

No artigo n.º 3 conclui-se também que o padrão de satisfação sexual não se altera durante a gravidez comparativamente com o padrão pré-gravídico, embora se considere o primeiro trimestre como o período com maior atividade sexual, seguido pelo segundo trimestre; durante o terceiro trimestre observa-se um declínio da atividade sexual (Pauleta et al., 2009). É vital que o casal reconheça as possíveis modificações sexuais induzidas pela gravidez.

De acordo com o estudo feito por Aslan et al (2005), as funções sexuais diminuem significativamente durante a gravidez e têm tendência a piorar com o avanço da gravidez.

Os casais devem ser informados acerca das flutuações nos padrões de sexualidade durante a gravidez.

No estudo apresentado por Babazade et al (2012), cerca de 18,2% das mulheres referiram que o desejo sexual aumentou e que algumas sentiam que aceitar ter relações sexuais prevenia a infidelidade por parte do companheiro, contudo 65,2% tinham a preocupação de que isso pudesse causar danos ao feto. Por uma questão de cultura e devido a informação insuficiente, no Irão, as relações sexuais são consideradas perigosas pois causam ansiedade excessiva nas mulheres. Continua a existir o mito cultural de que a mulher tem de se submeter ao companheiro, aos seus desejos sexuais e é necessário desmistificar esta crença, permitindo assim que a mulher expresse a sua sexualidade durante a gravidez.

No artigo nº. 8 concluímos que as relações sexuais vaginais diminuíram significativamente no terceiro trimestre e o que se verifica de uma maneira geral em relação às mulheres é que no primeiro trimestre há um decréscimo do desejo, da tensão sexual e, consequentemente, da frequência de coitos; no segundo trimestre há um aumento do desejo e uma resposta mais satisfatória do que antes de engravidarem; no terceiro trimestre a frequência de coitos volta a diminuir, sendo a resposta sexual menos satisfatória (Portelinha, 2003). Nomeadamente as mulheres referiram desconforto e contractilidade orgástica menor, a que se seguia um período de resolução mais lento, que por vezes não resolvia a tensão sexual. Algumas mulheres referiram que a inibição no 1º trimestre se devia ao medo de lesar o feto, no 2º trimestre referiram um aumento das fantasias e dos sonhos eróticos (mesmo as sem parceiro sexual) e o recurso mais frequente à masturbação. No 3º trimestre a perda do desejo foi justificada pelo desconforto e pelo cansaço físico e em alguns casos por contra-indicação médica; noutros casos foram os companheiros que cessaram as relações sexuais (Levay e Valente, 2003).

A posição sexual mais adotada até ao segundo trimestre foi a posição missionário; a maioria das posições sexuais demonstrou um declínio gradual ao longo da gravidez à exceção da posição lado a lado, que foi recorrente ao longo de toda a gravidez. Em relação às posições sexuais há uma adaptação de maneira a acomodar o desenvolvimento físico do feto. É importante perceber as implicações das posições sexuais na intimidade do casal e na sua satisfação (Sacomori e Cardoso, 2010).

Com o avanço da gravidez e o aumento do volume uterino é oportuno alterar a posição do coito, com o objetivo de ter o máximo conforto. Os casais que têm relações sexuais até ao fim da gravidez podem experimentar e apreciar posições novas. A posição do homem por cima começa a ser incómoda à medida que a gravidez avança, dando os casais, preferência

à posição de lado, por trás ou a mulher por cima, pois estas variações permitem um coito mais delicado. Quando o coito começa a ser desconfortável em qualquer posição, os contactos manuais ou orais podem ser uma excelente alternativa (Crawford, 2007)

Observa-se alguma relutância em alguns casais quanto à experimentação de novas posições e que em resultado disso e devido ao desconforto das posições clássicas, optam por limitar os contactos sexuais.

No artigo nº. 9, verificamos que antes da gravidez ambos os parceiros iniciavam as relações sexuais, mas durante a gravidez normalmente o parceiro masculino é que iniciava a atividade sexual.

### **3.5. Conclusão da revisão integrativa**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), uma sexualidade saudável não pode ser simplesmente definida como a ausência de disfunção sexual, mas como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade.

Em resposta a pergunta de partida, a prática do EEESMO deve basear-se num conjunto de intervenções sequenciais, com vista a promover no casal uma sexualidade o mais harmoniosa possível. Sendo assim o EEESMO deve seguir uma linha condutora: 1) Pesquisar a evidência científica sobre o assunto em questão; 2) Planear consultas de esclarecimento para o casal sobre sexo ao longo da gravidez e durante o puerpério, o que a mulher e o homem podem esperar um do outro ao longo destes dois estádios; 3) Promover sessões esclarecedoras sobre as modificações fisiológicas e psicológicas a que a mulher e o homem estão sujeitos; 4) Estimular a comunicação intercasal, pois é fundamental que cada um se faça ouvir e saiba também ouvir o que o outro tem a dizer, é importante a partilha de sentimentos e emoções.

Através da análise dos artigos e da bibliografia consultada é evidente que a sexualidade e intimidade do casal são alteradas pela gravidez, apesar de serem compatíveis. Através dos estudos analisados apurou-se que uma percentagem considerável de casais altera o seu padrão sexual durante a gravidez e após o parto, tendo como consequência uma diminuição da frequência da atividade sexual, especialmente no terceiro trimestre. A diminuição da atividade sexual do casal durante a gravidez e após o parto é influenciada por fatores físicos, psicológicos, por medos e por crenças infundadas.

O que verificamos é que um déficit de conhecimento sobre as alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes da gravidez influencia negativamente a atividade sexual do casal.

Embora muitos casais se deixem influenciar por crenças e mitos sobre a atividade sexual durante a gravidez, a conservação da sexualidade durante a gravidez e o período pós-parto pode promover a saúde sexual como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal.

Viver uma sexualidade plena não implica obrigatoriamente penetração vaginal; os casais devem ser informados da ampla variedade de expressões a que podem recorrer. É importante que saibamos informar, educar e orientar os casais, discutindo as possíveis alternativas e alertando para a importância da manutenção da sexualidade/intimidade entre o casal durante a gravidez e puerpério, pois só assim poderão ter uma vida íntima harmoniosa.

Sydow (1998) citado por Silva e Figueiredo (2005) menciona que a sexualidade é uma área vulnerável durante o período de transição para a parentalidade e que muitos casais experienciam dificuldades sexuais aumentadas pela gravidez e pós-parto. Logo é crucial informar com clareza acerca de todo o processo de transformações associadas à gravidez para que, preparado e amadurecido, o casal possa realizar os seus papéis com a segurança e a quietude requeridas pela situação.

Se mantemos o silêncio sobre este assunto também o casal irá manter o silêncio, o profissional de saúde deve ter uma mente aberta e ser capaz de abordar a sexualidade com conversas abertas, conseguindo orientar o casal a expressar as suas preocupações, estimulando e encorajando o diálogo entre o casal.

#### **4. ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA SOBRE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

A evolução deste estágio profissionalizante decorreu de um conjunto de situações vivenciadas durante todo este caminho educativo, o que conduziu a uma análise reflexiva, permitindo a assimilação dos saberes alcançados e impulsionando a tomada de decisão de forma consciente e ponderada sobre o conquistado.

Só se alcança verdadeiro conhecimento se o tornar prático, é com a própria experiência diária que se sistematiza o conhecimento adquirido na teoria.

A primeira parte deste relatório foi ao encontro da aquisição das competências do EEESMO, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, promulgado em Diário da República em Fevereiro de 2011. Pretendeu-se com o capítulo dois deste relatório refletir de forma simples a variedade de experiências vivenciadas ao longo dos três módulos do estágio clínico: gravidez, trabalho de parto e pós-parto. A variedade de experiências foi baseada nas evidências científicas mais recentes, constituindo fundamento para a demonstração da aquisição de competências do EEESMO.

Embora neste relatório só tenham sido demonstradas e fundamentadas as competências do EEESMO, através de uma formação teórico-prática, desenvolvemos uma prática profissional e ética em qualquer área de atuação, respeitamos os direitos humanos, assim como cumprimos o nosso dever e responsabilidades profissionais. Cada utente é único, logo a atuação prática do enfermeiro deve ser adaptada a cada utente.

O alvo dos cuidados do EEESMO é a mulher grávida, a mulher parturiente e a mulher puérpera. É através da avaliação crítico reflexiva da construção do processo de cuidar, em função do alvo da nossa assistência que conseguimos fundamentar e demonstrar a aquisição de competências do EEESMO.

A realização deste relatório, assim como o conjunto de atividades realizadas implicaram a mobilização de diversos saberes e competências adquiridas ao longo do curso, correspondentes a diferentes áreas do conhecimento (enfermagem, obstetrícia, farmacologia, monitorização biofísica fetal, psicologia e socioantropologia da gravidez e

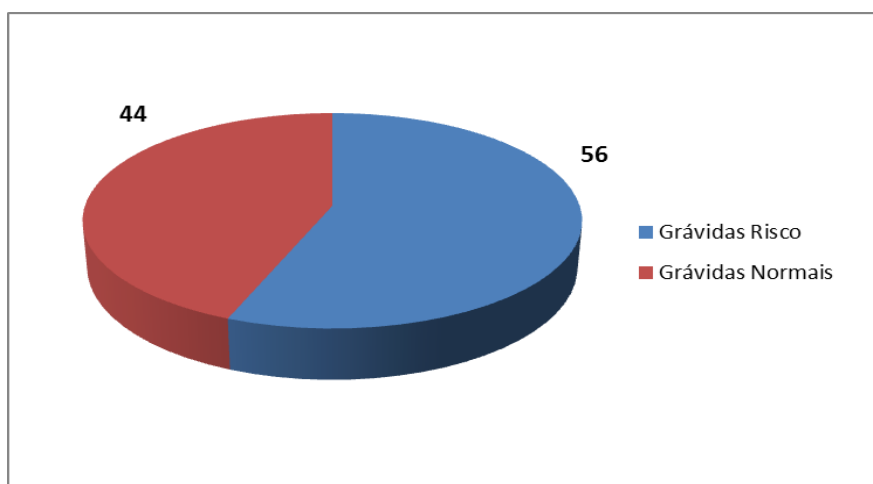
maternidade, cuidados de enfermagem na gravidez, trabalho de parto e pós-parto e os cuidados ao recém-nascido).

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, para a obtenção do título de EEESMO impera a realização de, pelo menos, 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos distócicos. Vigiar e prestar cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco, vigiar e prestar cuidados a, pelo menos, 100 parturientes e recém-nascidos normais. Tendo presentes estes pressupostos, consideramos que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, trabalho de parto e pós-parto foram alcançadas.

Um EEESMO de excelência não é aquele que alcança o estipulado no final do estágio, pois tem ainda um longo caminho a percorrer; contudo o nosso objetivo foi alcançado, uma vez que os saberes e as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e o número de experiências exigidas pela referida diretiva foram adquiridos.

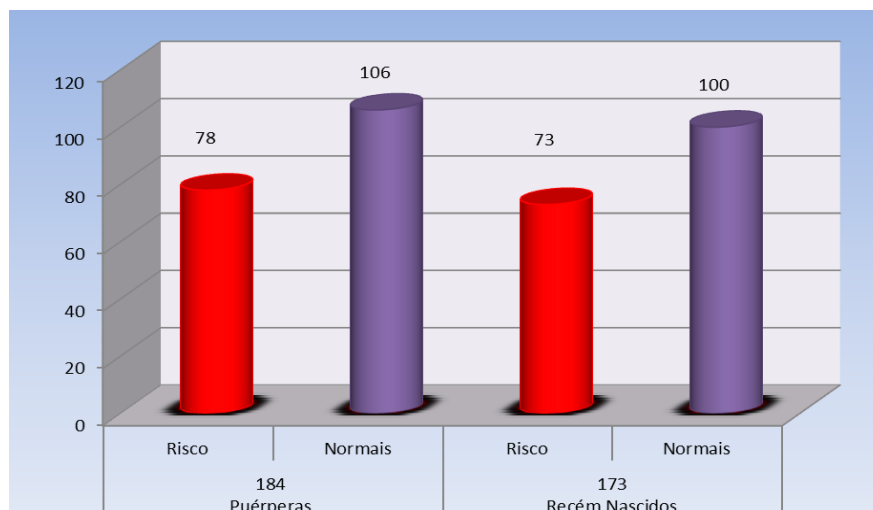
Apesar dos factos descritos anteriormente neste relatório serem alvo de reflexão, os dados abaixo, na figura 2, comprovam o número de mulheres grávidas, normais ou de risco que foram alvo dos nossos cuidados. A figura nº 3 demonstra o número de puérperas e recém-nascidos que constituíram o nosso alvo de cuidados e vigilância.

**FIGURA 4 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância**



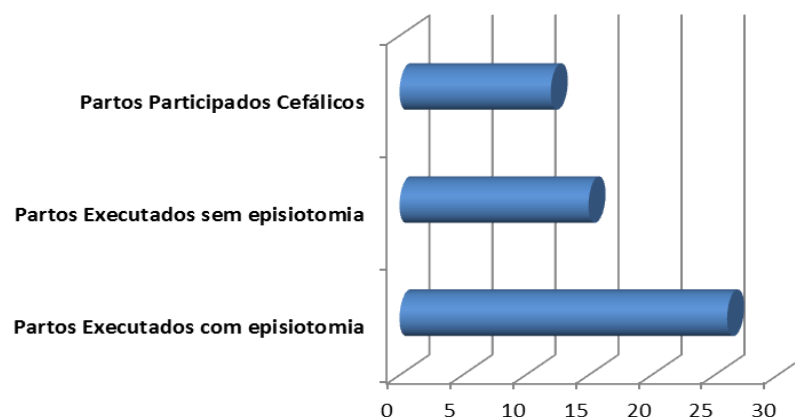


**FIGURA 5 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância**



Espelhando a especificidade da execução de um parto eutócico ou da assistência prestada nos parto distócicos, recorreremos à reflexão das atividades desenvolvidas na Sala de Partos descritas no capítulo dois, complementando com a figura 4, pode afirmar-se que as competências necessárias foram atingidas.

**FIGURA 6 - Número de partos realizados e participados**



Ao fazer uma análise retrospectiva do nosso percurso do estágio profissionalizante e ao analisar as atividades realizadas, parece-nos pertinente afirmar que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e de puerpério, foi

realizado de forma organizada, baseando-se numa prática suportada por evidências científicas rumo à promoção da saúde da mulher e RN.

Durante o estágio de Vigilância da Gravidez e Preparação para a Parentalidade realizado no primeiro ano do curso MESMO, pudemos desenvolver uma competência que não pôde ser desenvolvida neste estágio profissionalizante: a competência de orientação para a decisão esclarecida em caso de interrupção voluntária da gravidez. Contudo, existe outra competência que não pôde ser de todo desenvolvida: prescrição de exames auxiliares de diagnóstico para a vigilância da gravidez. E isto porque o nosso país não está preparado para esta alteração significativa: prescrição feita por um enfermeiro e não por um médico.

Foi pertinente a participação como formadores na formação em serviço “Norma de Educação para a Saúde no Puerpério – preparação da alta hospitalar”. Foi uma maneira de uniformizar os cuidados prestados entre os profissionais de saúde do serviço de Obstetrícia do CHVNG/E e partilhar posteriormente com as utentes os conhecimentos necessários à promoção da sua saúde e da saúde do seu bebé.

O estabelecimento de relações interpessoais e interdisciplinares ao longo deste estágio foi um elemento facilitador de integração na equipa do serviço. Foi muito importante sentirmos que havia uma pessoa de suporte à nossa aprendizagem, em regime de tutoria, por nos ajudar na integração na equipa e no serviço e explicar o seu funcionamento. A tutora de estágio esteve sempre em contacto com a professora da ESEP e todas as informações necessárias ao processo ensino aprendizagem eram partilhadas, entre nós, estudante-tutora-professora da ESEP. A tutora de aprendizagem potenciou as nossas capacidades de autonomia, permitindo que desenvolvêssemos as competências exigidas: vigiar o trabalho de parto e realizar o parto eutócico, fazendo –nos sentir a responsabilidade de experienciar o significado de ajudar a nascer.

A interação social com as mulheres/família tornou possível que a relação EEESMO/utente se estabelecesse sob uma relação de confiança, num crescimento gradual e de segurança, o que facilitou a prestação de cuidados.

Uma dificuldade sentida durante uma parte do período de estágio foi o medo de não conseguirmos alcançar os números exigidos para a aquisição de competências, devido à diminuição da natalidade cada vez mais acentuada, no nosso país. O interesse e ajuda de toda a equipa foram fundamentais para nos proporcionar o maior número de experiências possível, para potenciar o conhecimento e a aquisição de competências.

O percurso de estágio foi efetuado de modo progressivo, tentando sempre fazer uma análise reflexiva no sentido de potenciarmos, através da nossa ação a melhoria, da qualidade dos cuidados prestados. Procuramos sempre esclarecer as nossas dúvidas, através da busca sistemática de evidências científicas, mais recentes. A partilha e discussão

das dúvidas que nos surgiam com a equipa foi uma mais-valia para o nosso crescimento pessoal e profissional. Assim, consideramos ter sido positivo a crítica construtiva mencionada sobre os pontos fortes e os pontos fracos da nossa prestação, uma vez que estávamos continuamente tão empenhados e envolvidos nas nossas atividades que ofuscavam a nossa autocritica e assim tornou-se mais fácil operacionalizar a mudança sempre que era necessário para prosseguir e atingir os objetivos.

No estágio de trabalho de parto e parto, a sala de partos foi um dos estágios onde sentimos numa fase inicial mais insegurança e mais dificuldades. Todavia, como já foi referido foi aquele em que nos sentimos mais realizados não só por ser onde adquirimos competências novas, onde mais aprendemos e, sobretudo, onde sentimos uma maior evolução na forma como prestamos os cuidados especializados.

Aprendemos a despistar situações de risco mais precocemente, alertou-nos para situações que requeriam cuidados especializados no estágio de grávidas de risco e, do mesmo modo, a nossa atuação passou a ser mais eficiente e eficaz. Além de sentirmos que adquirimos mais autoconfiança que se traduziu na forma como passamos a responder a todas as necessidades da parturiente/família.

Na segunda parte deste relatório foi abordada a temática da sexualidade no processo da maternidade como promotora da intimidade na vida conjugal do casal, pelo facto de surgir a necessidade de integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem com a problematização de uma temática de interesse para a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Foi assim realizada uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de conhecer que desafios se colocam ao EEESMO para ajudar o casal a assumir a sua sexualidade como fator integrante da sua intimidade e promotor da harmonia conjugal, desenvolvendo assim cuidados de excelência, baseados em evidências científicas.

Após analisarmos os objetivos de estágio inicialmente traçados para o desenvolvimento e crescimento de uma futura EEESMO, podemos dizer que foram adquiridas as competências tidas como fundamentais para a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante a gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério. Podemos afirmar que a realização deste estágio foi uma experiência única, de um enriquecimento pessoal e profissional, indescritível. Para esta realidade concorreu o nosso envolvimento e forma empenhada, proactiva e assídua, apesar da dificuldade sentida em conciliar o horário laboral e de, estágio exigiu um esforço acrescido, mas agora podemos afirmar, valeu a pena.



## CONCLUSÃO

A reflexão sobre o desempenho de qualquer atividade que realizemos assume sempre uma relevância muito importante. Reconhecer que algo poderia ser ainda melhor, é o primeiro passo para proporcionar a mudança, caminhar de encontro à qualidade, que é o objetivo primordial de qualquer profissão. O relatório de estágio é um instrumento que promove esta atitude e permite analisar com eficiência o desempenho da atividade, contribuindo para melhorar estratégias ou alterar futuros projetos de estágio.

Um relatório, para que tenha validade, deve ser elaborado no fim do estágio e não no início ou a meio, e deve descrever e analisar na íntegra todos os aspetos. O tempo é sempre um recurso que se torna escasso, provocando alguma ansiedade. Portanto, por muito longo que seja o estágio, o tempo será sempre uma dificuldade sentida, e, assim foi.

Como refere Sussams (1996, p.9) “...a qualidade do relatório reflete a qualidade do trabalho sobre o qual ele é escrito. Não se pode fazer um mau trabalho e depois escrever um bom relatório acerca dele.”

As atividades desenvolvidas foram muito pertinentes e contribuíram para a nossa formação pessoal e profissional, ou seja, este estágio foi gratificante porque contribuiu para o nosso amadurecimento e aperfeiçoamento científico, técnico e humano, o que, sem dúvida, se irá refletir na nossa vida profissional.

A análise crítica é evidente ao longo de todo o texto, o que consideramos ser um aspeto muito importante a que nos propusemos inicialmente, de forma a corresponder aos objetivos sugeridos no projeto de estágio, que estão de acordo com o plano de estudos do curso de mestrado da ESEP e podemos dizer que foram atingidos.

Através das atividades e experiências vividas e da inclusão reflexiva das evidências recentes que sustentaram a tomada de decisão, as competências específicas definidas para o EEESMO foram adquiridas durante o estágio profissionalizante.

A este novo conjunto de competências é acrescido ainda a responsabilidade pela identificação atempada de situações de risco que exigem outro nível de cuidados, suscitando o trabalho interdisciplinar e socorrendo-se de medidas de emergência.

Como requisito indispensável para a realização do mestrado em enfermagem, surge a integração da componente investigativa neste relatório, assim como o exige o plano de estudos do curso de mestrado. Só através dos resultados da investigação é que se consegue a implementação de boas práticas.

Para a prática emergem sugestões sobre o papel do EEESMO perante a sexualidade do casal ao longo da gravidez e do puerpério. Os resultados que advêm da revisão integrativa podem e devem contribuir para uma alteração da prática nos cuidados especializados.

Reconhecendo o papel interventivo e autónomo do EEESMO na vigilância da gravidez, podemos dizer que a sua atuação foi responsável e competente, na medida em que pode detetar precocemente situações de risco, intervindo adequadamente. Pois, tivemos oportunidade de experienciar o cuidado especializado, no culminar de um processo mais interessante e de um final de ciclo onde foi possível conciliar uma abordagem de cuidar a mulher nas dimensões clínica, biológica, psicológica e sociocultural.

Como a sexualidade ainda é, nos dias de hoje, um tabu para a nossa sociedade e sociedades, não foi fácil estudar esta temática. No entanto, parece fundamental investir nesta área, de uma forma mais pluralista, intercultural e interdisciplinar, abordando também os aspetos psicológicos e sociais da sexualidade que, apesar de indispensáveis para uma correta abordagem da mesma, são repetidamente negligenciados ou até mesmo esquecidos ao longo dos trabalhos de investigação analisados.

Consideramos ser fundamental incluir neste tipo de estudos ambos os membros do casal, pois de outra forma mantém-se limitada a uma abordagem do tema. Os profissionais de saúde, especialmente nos cuidados primários, são observadores chave e potenciais promotores nos relacionamentos afetados negativamente pelo nascimento de uma criança. Estes deveriam dedicar parte do tempo das suas consultas para dialogar com o casal sobre o seu estado emocional e a sua intimidade e de que forma a gravidez se refletiu ou se está a refletir na sua relação. Para além disso, encaminhar, sempre que necessário, os casais que eventualmente necessitem de aconselhamento e terapia especializados, pode ser uma forma de ajudar a encontrar a solução.

De acordo com os resultados anteriormente descritos, podemos concluir que o último dos objetivos também foi alcançado ao integrar a investigação em enfermagem na prática dos cuidados especializados de forma crítico-reflexiva.

Concluimos dizendo que este estágio profissionalizante foi uma experiência única que permitiu a consolidação de saberes e competências. Foi um período longo que se traduziu

por um desenvolvimento pessoal e profissional, onde se verificou uma progressão gradual no percurso académico e profissional no âmbito da aquisição de competências como futura EEESMO.

A construção deste relatório foi uma etapa fundamental na nossa formação académica, na medida em que o raciocínio crítico-reflexivo foi apanágio no desenvolvimento e aquisição de competências. Ao longo do percurso formativo, houve momentos teóricos, fundamentais e importantes, contudo o estágio clínico demonstrou-se como o momento prático por excelência, onde a ação pôde ser colocada em prática, procurando sempre basear a nossa atividade diagnóstica, em ações e intervenções baseadas em evidências científicas, como apanágio da construção de um percurso com ênfase na aquisição das competências, técnicas científicas e culturais.

A nossa prática desenrola-se num contexto multiprofissional, e centra-se numa relação terapêutica, interpessoal, de parceria com a pessoa, em que os cuidados de enfermagem devem tomar, como foco de atenção, a promoção de projetos de saúde em que cada pessoa vive, ajudando-a a gerir os recursos da comunidade, sem esquecer as recomendações da OMS, FIGO, NICE, AWHONN, SAPPG, que promovem uma assistência humanizada na gravidez, parto e puerpério

Através de uma análise-reflexiva do percurso percorrido, depreendemos que a teoria adquirida ao longo do curso foi aplicada na prática, a par da integração do conhecimento científico mais atualizado. Quanto à metodologia adotada, consideramos que foi a mais adequada, já que os resultados que através dela emergiram, têm potencialidades para garantir a excelência dos cuidados prestados à grávida, com e sem complicações associadas, durante o TP, parto e no pós-parto.

Assim, a descrição das situações que foram mais significativas e a análise que realizamos permitiu-nos tomar consciência das necessidades de aprendizagem, da intervenção, das práticas observadas, das dificuldades e das estratégias mobilizadas.

Para além da oportunidade de aprender através do sucesso, foi possível aprender através da reflexão sobre os incidentes críticos, potenciadores da mudança de comportamentos dos intervenientes nos contextos, e consequente, na intervenção especializada, de acordo com os padrões de qualidade

Em relação à realização da Revisão Integrativa da Literatura, constitui uma componente da investigação que nos permitiu demonstrar as capacidades, saberes e aptidões para realizar uma investigação, que serve de guia para a nossa conduta diária, com a implementação de boas práticas baseadas na evidência científica atual

Em relação às conclusões que emergiram, embora escassas e pouco vinculativas às intervenções futuras do EEESMO, podem ajudar a iniciar projetos de negociação com uma

maior cumplicidade entre o EEESMO e o casal que atravessa um momento vulnerável na sua vida conjugal.

Relativamente às sugestões para futuras investigações, propomos: estudos sobre o significado da sexualidade, e que da amostra faça parte o casal, já que interessa clarificar a expressão da sexualidade como eixo estruturante da intimidade do casal rumo a uma abertura de parceria do diálogo assente na confiança entre o casal e os profissionais de saúde.

Outras sugestões para a prática são que os enfermeiros na preparação para a parentalidade e parto integrem um espaço de discussão à problemática da sexualidade.

Para o ensino, que nos curriculum das pós licenciaturas, pós graduação sejam introduzidos conteúdos sobre a sexualidade que visem a preparação dos estudantes como futuros profissionais capazes de incentivar os casais a discutir a sua sexualidade, sem que esteja sempre presente o tabu do sexo.

Em suma, podemos concluir que os objetivos foram atingidos, com o desenvolvimento das competências, habilidades, aptidões, conhecimentos dos EEESMO, a exposição das atividades, experiências e condutas realizadas ao longo do estágio profissionalizante, de forma a dar resposta ao regulamento de competências do EEESMO. A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura, apesar do objeto de estudo não ter sido completamente decodificado, foi uma mais-valia para obter uma resposta científica, atual, pertinente, passível dos resultados virem a ser integrados na prática. Estamos conscientes que apesar do percurso efetuado, o verdadeiro caminho começou agora. Pois só agora temos a consciência que só agora sei que muito fizemos, mas nada sabemos, pois o conhecimento é dinâmico e não se compadece com o acomodar do saber de mais um curso, mas é necessário continuar a caminhar para um dia sermos e nos tornarmos no verdadeiro EEESMO.



## BIBLIOGRAFIA

- ABDOOL, Z.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. - Postpartum female sexual function: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [em linha]. Escrever cidade, 2009. [consult. 15 Dezembro 2012]. disponivel em [www:<URL:www.up.ac.za>](http://www.up.ac.za).
- AHLBORG, T. [et al] – Quality of the Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery. *The Journal of Sex Research*. Vol. 42, nº 2 (Maio 2005) p. 167-174.
- ALARCÃO, I. – Formação reflexiva. Referencia nº 6, Maio, 2001.
- Alberry M, Soothill P. Management of fetal growth restriction. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2007 Jan;92(1):F62-7.
- ALVES, M.G., - Fatores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto, Mestrado em Sexualidade Humana, Universidade de Lisboa, 2008.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.43. Management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003;101:1039–47
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No.504. Screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol* 2011;118:751-3.
- ASLAN, G. [et al] - A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*. Vol 17 (2005), p. 154–157.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. Iniciativa Parto Normal. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-84-934222-4-0.
- AYRES DE CAMPOS, D., MONTENEGRO, N. E RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 2ª Edição*, Lisboa : Lidel - edições técnicas. lda., 2008. ISBN: 978-972-757-467-4.
- BABAZADEH, R. [et al] – Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahrud, Iran. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, nº 120 (2012), p. 82-84.

- BARRETT, G. [et al],. (1999). Women's Sexuality after Childbirth: A Pilot Study. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (2), 179-191.
- BAYLE, F. (2005). A Parentalidade. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, Lisboa: Fim de século, 317-346.
- BITZER, J., ALDER, J. – Sexuality during Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Sex Education and Therapy*. vol. 25, nº 1 (Setembro 2000) p. 49-58.
- BLACK, S., FOSTER, V. – Sexuality of Women with Young Children: A Feminist Modelo f Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 33, nº 2 (April 2011) p. 95-111.
- BOAVISTA, A. - O Enfermeiro Especialista: O saber e o fazer. *Informar*. Nº0, Jan-Mar, (1995), p.24-28.
- BRANDÃO, S.M., Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiencia de parto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 2009.
- CANAVARRO, M.C., PEDROSA, A.A. (2005) - Transição para a parentalidade, compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In Leal I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Seculo, 225-255.
- CANAVARRO, M.C. (1999) - Relações afetivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida. Coimbra: Quarteto Editora.
- CANAVARRO, M. C. (2001) - Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In CANAVARRO M.C. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 17-49.
- CAPELLÁ, A. (2003) - Sexualidades Humanas, Amor e Loucura: conferências de psicanálise. Lisboa: Climepsi Editores.
- CARVALHO, L. - A Educação para a Sexualidade na Gravidez: uma utopia ou uma intervenção de futur na ESMO?, 2012.
- CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE: UNIVERSITY OF OXFORD – CEBM Levels of Evidence Working Group, 2009. [Em Linha]: The Oxford 2009 Levels of Evidence [consult. 01 Julho 2013]. disponivel em: [www:<URL:http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>](http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025).
- CHANG, S. [et al] – Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. *Journal of Sexual Medicine*. Vol. 7 (2010) p.3946-3956.
- COLMAN, L. L.; COLMAN, A. D. (1994) - Gravidez: a experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
- Consenso Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), 2a Edição Actualizada, 1999.
- COUTO, Germano (2003) - Preparação para o parto. Loures: Lusociência.

CUNHA, I. e NETO, F. - COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DE ENFERMEIRAS: UM NOVO VELHO DESAFIO? *Texto Contexto Enferm.* 2005, Vol. 15.

CUNNINGHAM, F. [et al.] (2012) – *Obstetrícia de Williams*. Porto Alegre: AMGH Editora,

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004) - *Prática Baseada na Evidência - Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-61-4.

CRUZ, D.C. [et al.] (2007) - Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41 (4) p. 690-697. [em linha]. [consult. 10 Fevereiro 2012]. disponível na internet: <URL:www.ee.usp.br/reeusp/>.

REGULAMENTO nº127/2011. *D.R. II Série - Nº35* - (2011-02-18), p.8662-8666.

ESEP – Regulamento do segundo ciclo de estudos. Porto, 2010.

EVANS, A.T., - *Manual de Obstetrícia*. 7ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, ISBN 978-85-277-1592-8.

FOK, W. [et al] – Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, nº 84 (2005) P. 934-938.

FONTES, M.A. - O ajustamento materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Universidade do Porto, 2009.

FOUX, R. - Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol 23, n.º 3 (Ago 2008), p. 271-277.

FRASER, D.M., COOPER, M.A. - *Assistência Obstétrica: Um guia prático para enfermagem*, Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3876-1.

GALHARDO, R.M. - Do fazer ao pensar: que autonomia? Dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto, 2004.

GOMES, M.C. - Alguns fatores que influenciam o desejo sexual durante a gravidez. Mestrado em Sexualidade Humana. Universidade de Lisboa, 2009.

GRAÇA, L.M. - *Medicina Materno Fetal*. 4ª edição, Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, 2010. ISBN: 978-972-757-654-8.

Hannah Lothrop. (2000). Tudo sobre amamentação. Lisboa: Paz Editora.

Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101:401-412.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-82.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Lisboa.

Associação Portuguesa de Enfermeiros ICN – International Classification for Nursing Practice. Geneva: Ordem dos enfermeiros, 2011. Versão 2.0.

JOHNSON. C. [et al] - Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum. *Journal of Sexual Medicine*. Vol 8 (2011), p.:1267–1284.

JUDICIBUS, M., MACCABE, M. – Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women. *The Journal of Sex Research*. vol. 39, nº 2 (Maio 2002) p. 94-103.

Leal I. - Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa. Fim de Século, 2005.

Lei n.º 14/1985. *Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto*.

Diário da República. D.R. n.º 153, serie I de 06/07/1985 [em linha]. [consult. 13 de Agosto de 2011]. disponível: [www:<URL: www.dre.pt>](http://www.dre.pt).

LEVY, L.; BERTOLO, H. (2002) - *Manual de aleitamento materno*. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

LOPES, M.J. (2006) - *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S., BOBAK, I. (2002) – O cuidado em *Enfermagem Materna*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 0-323.00215-3.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. - Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Out-Dez; 17, Vol. 4 , p. 758-764. 2008-

MONTENEGRO, C.; REZENDE FILHO, J. (2008) - Rezende - *Obstetrícia Fundamental*. 11ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1360-3.

NEZHAD, M., GOODARZI, A. – Sexuality, Intimacy, and Marital Satisfaction in Iranian First-Time Parents. *Journal of Sex and Marital Therapy*. nº 37 (2011) p. 77-88.

NODIN, N. - Sexualidade de A a Z. Chiado, Bertrand Editora, 2002.

OMS - Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice. Genebre: Organização Mundial de Saúde, (2003). ISBN: 92 4 159084X.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. (2007), Vol. 26, suplemento. ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.

- PACEY, S. – Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and the relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 19, nº 3 (Agosto 2004) p. 223-246.
- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - *Diretiva 2005/36/CE* - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.I. : *Jornal Oficial da União Europeia*, L 255/22, 2005.
- PAULETA, J. [et al] - Sexuality During Pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*. Vol 7 (Jan 2010), p.136–142.
- PEREIRA, M.A. - O primeiro contato pai-bebê: um olhar sobre as práticas de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto, 2009.
- PORTELINHA, C. (1999) - Cuidados Básicos de Enfermagem à Puérpera. Referência, (3), p.73-76.
- PORTER LM, DENNIS LB: Hyperbilirubinemia in the Term Newborn. *Am Fam Physician* 2002; 65: 599-606
- RYDING E.L. - Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1984, 63: 679-682.
- SACOMORI, C., CARDOSO, F.L. – Sexual Initiative and Intercourse Behavior During Pregnancy Among Brazilian Women: A Retrospective Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*. nº 36 (2010), p. 124-126.
- Saenger P, Czernichow P, Hughes I, Reiter EO. Small for gestational age: short stature and beyond. *Endocr Rev*. 2007 Apr;28(2):219-51.
- SERATI, M. [et al] - Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *Journal of Sexual Medicine*. Vol 7, n.º 8 (Agosto 2010), p. 2782–2790.
- SILVA, A.I., FIGUEIREDO, B. - Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), p.253-264, 2005.
- SHIRVANI, M.A. [et al] – Maternal Sexuality after Child birth among Iranian Women. *Pakistan Journal of Biological Sciences*. Vol. 8, nº13 (2010) p. 385-389.
- SOUZA, M.T., SILVA, M.D., CARVALHO, R. – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1Pt 1): 102-6, 2010.
- STEFANELLO, J. [et al] – Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. Extraído da dissertação “A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães. Universidade de São Paulo, 2005. *Ata Paul Enfermagem* nº 21 (2008), p. 275-281.
- SYDOW, K. (1999) - Sexuality during pregnancy and after childbirth: A meta content analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 47 (1), 27-49.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. - The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52 (5), 546-553, 2005.

WONG, *et al* (1999) - *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization. (2003) - Sexual health: working and definitions. [em linha]. [consult. 12 ABRIL 2013]. disponível em: [www:<URL: www.who.int>](http://www.who.int).

## ANEXOS





## **ANEXO I**

### **Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados**



**Mapa do número e tipo de partos realizados e participados**

Processo	Data	Grávidas		Partos executados		Partos participados		Parturientes		Recém-Nascido	
		Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos	Risco	Normais	Risco	Normal
553756	15-12-2011		X	X					X		X
133173	19-12-2011		X	X					X		X
20829795	26-12-2011	X			X			X		X	
244426	26-12-2011	X					X	X		X	
101198	30-12-2011		X	X					X		X
233509	01-01-2012		X				X		X		X
296529	09-01-2012		X	X					X		X
552184	09-01-2012	X		X				X		X	
265838	19-01-2012	X		X				X			X
293808	25-01-2012		X	X					X		X
30360298	25-01-2012		X	X					X		X
23942	25-01-2012		X	X					X		X
522458	31-01-2012	X		X				X		X	
161453	07-02-2012	X					X	X			X
47491	07-02-2012		X				X		X	X	
55250	12-02-2012		X		X				X		X
480413	15-02-2012	X		X				X		X	
603247	15-02-2012	X					X	X		X	
410523	17-02-2012		X		X				X		X
666243	18-02-2012		X	X					X		X
32517798	20-02-2012	X		X				X		X	
628704	21-02-2012		X	X					X		X
238793	21-02-2012		X				X		X		X
24726	23-02-2012		X	X					X		X
20817291	24-02-2012		X		X				X		X
57929	01-03-2012		X	X					X		X
425551	04-03-2012		X	X					X	X	
681710	09-03-2012		X		X				X		X
48397	09-03-2012	X					X	X			X
419323	09-03-2012		X	X					X	X	
607105	13-03-2012		X	X					X		X
419845	15-03-2012		X		X				X		X
560482	15-03-2012		X	X					X		X
451126	15-03-2012		X	X					X		X
318693	16-03-2012		X	X					X		X
641015	18-03-2012		X	X					X		X
668265	25-03-2012		X				X		X		X
270058	25-03-2012		X	X					X		X
559595	28-03-2012		X				X		X		X
673606	28-03-2012		X		X			X			X
640529	28-03-2012	X					X	X			X
681917	28-03-2012		X	X					X		X
473345	29-03-2012		X				X		X		X
682967	29-03-2012		X		X				X		X
245354	29-03-2012		X	X					X		X
367004	31-03-2012		X		X			X		X	
16585	02-04-2012		X	X					X		X
483587	03-04-2012		X		X				X		X
633060	03-04-2012		X				X		X		X
503895	03-04-2012		X	X					X		X
209775	12-04-2012		X		X				X		X
237141	12-04-2012	X			X			X			X
302528	18-04-2012		X	X					X		X
<b>Totais</b>		<b>12</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>42</b>

